

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA	
tel + 39 0403775551 fax + 39 0403775523	salute@regione.fvg.it salute@certregione.fvg.it I - 34124 Trieste, Riva Nazario Sauro 8

LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE E LA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

1. PREMESSA

La Regione Friuli Venezia Giulia tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore e ne garantisce l'erogazione nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- 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 sua famiglia.

(L.R. 14/7/2011, n. 10 "Interventi per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore")

Le **cure palliative** comprendono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (art. 2, comma 1, lett. a) L. 38/2010).

Le Cure Palliative si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Alcuni interventi palliativi sono applicabili anche più precocemente nel decorso della malattia, in aggiunta al trattamento oncologico. In particolare le cure palliative: affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale; non accelerano né ritardano la morte; provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto (WHO, 1990, modificata dalla Commissione ministeriale per le cure palliative 1999).

La **terapia del dolore** comprende l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti ad individuare ed applicare alle forme morbose croniche, idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore (art. 2, comma 1, lett. b) L. 38/2010).

L'emanazione della Legge 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi della Conferenza Stato-Regioni hanno esplicitato la necessità di definire linee guida comuni per l'accesso alla terapia del dolore a diversi livelli a seconda della complessità della "malattia dolore" lamentata dal paziente.

Il razionale di tale percorso è basato sul fatto che il dolore cronico non sia solo un sintomo di una malattia cronica, ma sia un'entità nosologica a se stante che debba essere riconosciuta, diagnosticata e trattata a seconda del meccanismo fisiopatologico che la sostiene.

1.1 RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente documento definisce il modello organizzativo per il funzionamento e monitoraggio della rete delle cure palliative e della rete della terapia del dolore nella Regione Friuli Venezia Giulia in coerenza ai seguenti riferimenti normativi statali e regionali:

- L. 15/3/2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
- Accordo CSR del 16 dicembre 2010 su "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore",
- Intesa CSR del 25 luglio 2012 che approva il "Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del dolore"
- L.R. 14/7/2011, n. 10 "Interventi per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
- Decreto del Ministero della salute 28 marzo 2013 "Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti".
- DGR 11/4/2013 n 650 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali sanitarie assistenziali (rsa) e hospice. approvazione definitiva requisiti e procedura".
- Accordo CSR 10 luglio 2014 di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore"

- L.R. 17/2014 Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria
- DGR 30/12/2014 n 2673 LR 17/2014, art 18, comma 3 e art 27 comma 5: approvazione definitiva degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera.
- Intesa CSR 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie.
- Decreto del Ministero della salute 2/4/2015 n 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- Decreto del Ministero della salute 4/6/2015 Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425.

2. LA RETE REGIONALE DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE

La **rete regionale delle cure palliative e della terapia del dolore** è costituita da un'aggregazione funzionale e integrata delle reti locali; con la finalità di garantire l'opportuna sinergia delle reti locali è istituito presso la Direzione centrale salute un unico coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore in coerenza con l'Accordo CSR del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) e la L.R. 10/2011.

Il Coordinamento, istituito presso la Direzione centrale salute è costituito da almeno una rappresentanza per ogni singola professione responsabile del piano diagnostico-terapeutico e assistenziale. La composizione del Coordinamento e le sue modalità di nomina sono stabilite dalla Giunta regionale.

Al **coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore** sono attribuiti i seguenti compiti:

- a) definire indirizzi e raccomandazioni per conseguire, nell'intero territorio regionale, livelli uniformi di erogazione e accesso alle cure palliative e ai trattamenti analgesici;
- b) fornire i supporti tecnici e formativi per il personale dipendente e convenzionato impegnato stabilmente, o prevalentemente, nelle cure palliative e nella terapia del dolore;
- c) offrire consulenza metodologica alle aziende sanitarie per la stesura e realizzazione di programmi di cure palliative e di terapia del dolore;
- d) valutare e monitorare lo stato di attuazione delle reti locali in base alle indicazioni regionali per lo sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore sull'intero territorio regionale, dandone adeguata informazione;
- e) definire gli indicatori quali/quantitativi di cure palliative e di terapia del dolore, al fine di supportare tecnicamente la programmazione regionale in materia;
- f) sviluppare e monitorare il sistema informativo regionale sulle cure palliative e la terapia del dolore;
- g) promuovere e monitorare le attività di ricerca in materia di cure palliative e terapia del dolore;
- h) trasmettere, con cadenza annuale, alla Giunta regionale una relazione analitica di descrizione sull'esito delle cure palliative e sulla gestione dei servizi erogati dalle reti per le cure palliative, nonché sui programmi e sulle iniziative di terapia del dolore, regionali e presso strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private accreditate.

3. LA RETE LOCALE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete locale delle cure palliative è costituita da un'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali che erogano attività di cure palliative nei diversi setting assistenziali (Domicilio, Hospice, Strutture Socio-Sanitarie e Ospedale) in ciascuna Azienda per l'assistenza sanitaria.

La Rete Locale, assolve alle funzioni di cui all'Accordo CSR del 16 dicembre 2010:

- Garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio di un percorso di cure palliative, assicurando la necessaria continuità delle cure, la tempestività della risposta e la flessibilità nell'individuazione del setting assistenziale appropriato.
Garantire la continuità delle cure palliative attraverso l'integrazione fra l'assistenza in ospedale, l'assistenza in Hospice e l'assistenza domiciliare di base e specialistica.
- Definire e attuare nell'ambito della rete i percorsi di presa in carico e di assistenza in Cure palliative per i malati di cui all'art.2, comma 1, della legge n. 38/2010.
- Promuovere ed attuare i programmi obbligatori di formazione continua, definiti a livello regionale, rivolti a tutti gli operatori coinvolti nella rete di cure palliative, inclusi i medici di medicina generale.

- Monitorare un sistema di indicatori quali/quantitativi della rete di CP, ivi inclusi gli standard della rete di CP di cui al Decreto 22 febbraio 2007, n. 43, e l'Osservatorio per le buone pratiche nelle cure palliative, in coerenza a quanto definito a livello regionale.
- Adottare i sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e dei percorsi assistenziali definiti a livello regionale.

Il **coordinamento della rete locale** è affidato, ai sensi dell'art 19 comma 14 della legge regionale n 17/2017 al servizio di coordinamento della rete delle cure palliative, relativamente all'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, domiciliare e residenziale, a valenza sovra distrettuale.

4. LIVELLI ASSISTENZIALI E STRUTTURE DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative nella Regione Friuli Venezia Giulia garantisce in modo uniforme in ciascun ambito territoriale i seguenti livelli assistenziali:

- assistenza residenziale in Hospice
- assistenza a ciclo diurno in day hospice
- assistenza domiciliare: interventi di base e di équipe specialistiche multidisciplinari
- assistenza ospedaliera in regime ambulatoriale e di degenza

5. REQUISITI E MODALITA' ORGANIZZATIVE DELLE STRUTTURE E DEI SERVIZI DELLA RETE

Presso ciascuna Azienda per l'assistenza sanitaria è costituito il Servizio di coordinamento della rete delle cure palliative quale articolazione organizzativa definita nell'ambito dell'Atto Aziendale e ne è attribuita la direzione ad un medico con esperienza nel campo delle cure palliative, certificata con le modalità previste dal Decreto del Ministero della salute 4/6/2015 ovvero in possesso della specializzazione di cui al Decreto del Ministero della salute del 28 marzo 2013.

Il servizio di coordinamento rete delle cure palliative, previsto dall'art. 19 comma 14 lettera i della LR 17/2014, ha il compito di assicurare la necessaria continuità terapeutica attraverso il coordinamento e l'integrazione dei diversi livelli assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) nei vari setting di cura (casa, hospice, ospedale), come schematizzato nella figura che segue:



(tratto dal Rapporto 2015 sullo stato di attuazione della L. 38/2010)

Le **cure palliative domiciliari** sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure palliative domiciliari garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia gli interventi di équipe specialistiche, di cui il MMG è parte integrante, tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita, nonché la pronta disponibilità medica ed infermieristica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Gli **interventi di base** garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate dai medici di medicina generale e da infermieri con buona conoscenza di base delle Cure Palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del piano di assistenza individuale.

Gli **interventi di équipe specialistiche multiprofessionali** dedicate sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.

Le cure sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico a favore di persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta che , presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 7 giorni nonché pronta disponibilità medica ed infermieristica sulle 24 ore.

A regime in ogni Distretto Sanitario è attivata una Unità di Cure Palliative (UCP), intesa quale unità funzionale di personale medico, infermieristico, riabilitativo formato ed in possesso di specifiche competenze, con la finalità di erogare cure domiciliari di elevata intensità e palliative per malati terminali, caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, come stabilito dall' art 21 comma 4 della L.R. 17/2014).

A regime, in ciascun Distretto Sanitario sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso la pronta disponibilità medica ed infermieristica.

I requisiti di accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare sono riportati nell'Allegato 1 .

Gli **hospice** garantiscono il livello di assistenza residenziale e a ciclo diurno (day hospice), ossia l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogate ininterrottamente da equipe multidisciplinari (art. 2, comma 1, lett. e) L. 38/2010). Le cure palliative in Hospice sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che a prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Sono erogate da equipe multiprofessionali e multidisciplinari che assicurano cure e assistenza in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette. Le cure in Hospice sono garantite in modo omogeneo: gli Hospice sono inseriti nei LEA distrettuali, anche quando logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative. La Direzione dell'hospice è affidata al medico responsabile del Servizio di coordinamento della rete delle cure palliative.

I requisiti di autorizzazione/accreditamento degli hospice sono stati individuati, in coerenza alle disposizioni normative nazionali, con DGR 650/2013.

In **Ospedale**, l'approccio palliativo è garantito per tutti i malati durante l'intero percorso di cura, in funzione dei bisogni e in integrazione con le specifiche fasi terapeutiche delle malattie croniche evolutive.

Le cure palliative in Ospedale, nell'ambito della rete di cure palliative, sono caratterizzate da:

- consulenza palliativa, assicurata da un'équipe medico-infermieristica con specifica competenza ed esperienza della rete di cure palliative
- prestazioni complesse in regime di ricovero diurno e/o ambulatoriali.

La consulenza palliativa multiprofessionale medica ed infermieristica della rete di cure palliative fornisce un supporto specialistico ai malati nei diversi regimi di assistenza ospedaliera al fine di un ottimale controllo dei sintomi, all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, all'individuazione del percorso e del setting di cura più appropriato e di una corretta comunicazione con il malato e con la famiglia, contribuendo ad assicurare continuità assistenziale durante tutto il percorso di malattia ed integrazione tra i diversi livelli della rete.

L'erogazione di prestazioni terapeutiche di particolare complessità non eseguibili in altre strutture della rete è garantita dagli ambulatori protetti ospedalieri o in regime di ricovero diurno.

6. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DALLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

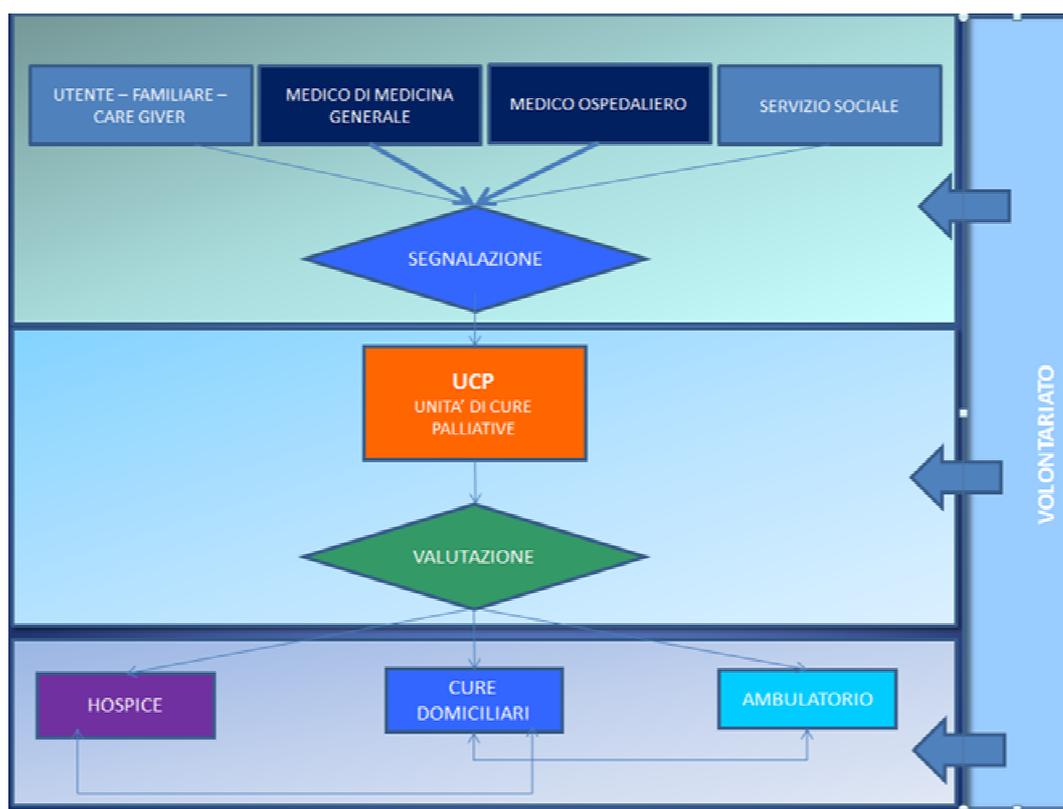
I **criteri di accesso** alla rete di cure palliative sono definiti dal coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore e sono omogenei su tutto il territorio regionale. Nel diagramma di seguito riportato è rappresentato graficamente il percorso del paziente e la presa in carico nel programma assistenziale della rete di cure palliative.

La segnalazione all'unità di cure palliative è di norma effettuata dal medico di medicina generale o dal medico ospedaliero nel caso di dimissioni protette; eccezionalmente comunque hanno facoltà di segnalazione anche il servizio sociale, lo stesso utente o il suo caregiver.

Il medico di riferimento della persona compila una scheda di continuità assistenziale che contiene almeno le seguenti informazioni:

Karnofsky Performance Status
Sintomi poco controllati
Dolore NRS (0-10)
Dispnea
Difficoltà nella gestione quotidiana
Necessità di Struttura Protetta
Percorso diagnostico concluso
Esclusione da terapia specifiche
La persona/ la famiglia è stata informata della necessità di cure palliative
Scala di stabilità/instabilità clinica
Grado di consapevolezza
Direttive anticipate

La presa in carico è subordinata alla valutazione positiva da parte del medico e dell'infermiere dell'UCP, da effettuarsi entro 72 ore dalla richiesta, di intesa con il MMG del paziente. La valutazione per la presa in carico è effettuata al letto del malato, a domicilio o presso la struttura di ricovero con le modalità indicate nella figura che segue:



7. LA RETE LOCALE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

La **rete locale della terapia del dolore** è costituita da un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore, indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo.

La rete è organizzata secondo il modello hub & spoke, caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (centri hub) supportati da una rete di servizi erogati da centri caratterizzati da minore complessità (centri spoke), cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio ai centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata. Il modello hub & spoke ha la finalità di dare la risposta più adeguata ai cittadini attraverso l'accessibilità alla struttura più appropriata per livello di specializzazione e tecnologia.

La rete locale, assolve alle funzioni di cui all'Accordo CSR del 16 dicembre 2010:

- Garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio di un percorso di terapia del dolore, assicurando la necessaria continuità delle cure, la tempestività della risposta e la flessibilità nell'individuazione del setting assistenziale appropriato.
- Garantire la continuità della terapia del dolore attraverso l'integrazione di tutti i nodi della rete (centri hub, centri spoke e ambulatori dei medici di medicina generale).
- Definire e attuare nell'ambito della rete i percorsi di presa in carico e di assistenza per i malati di cui all'art.2, comma 1, della legge n. 38/2010.
- Promuovere ed attuare i programmi obbligatori di formazione continua, definiti a livello regionale, rivolti a tutti gli operatori coinvolti nella rete di terapia del dolore, inclusi i medici di medicina generale.
- Adottare i sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e dei percorsi assistenziali definiti a livello regionale.

8. LIVELLI ASSISTENZIALI E STRUTTURE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

La Rete della terapia del dolore in Friuli Venezia Giulia si articola nei seguenti livelli assistenziali:

- Assistenza ospedaliera in regime di degenza erogata dai centri ospedalieri di terapia del dolore;
- Assistenza ambulatoriale erogata dai centri ambulatoriali di terapia del dolore ospedalieri e territoriali, dagli ambulatori dei MMG (e aggregazioni territoriali di MMG) e presso le strutture socio-sanitarie;
- Assistenza domiciliare erogata da parte dei MMG e da equipe specialistiche.

9. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE STRUTTURE E DEI SERVIZI DELLA RETE

La programmazione secondo il concetto di rete è una logica di organizzazione che pone prioritariamente l'attenzione sulle relazioni funzionali rispetto all'organizzazione interna della singola realtà organizzativa e comporta molte implicazioni gestionali a tutti i livelli. Per la terapia del dolore l'attuazione di un modello di rete Hub & Spoke prevede una configurazione organizzativa delle strutture assistenziali e un sistema di governo dei processi in grado di offrire continuità di cura.

La rete di terapia del dolore è territorialmente articolata nei centri Hub ad alta complessità e specializzazione, nei centri Spoke, ambulatoriali di terapia del dolore e negli ambulatori dei MMG e/ forme associative dei MMG.

Il modello organizzativo, rappresentato nel seguente grafico, consente di individuare, rispetto alla gravità della patologia dolorosa di cui è affetto il paziente, il setting assistenziale più appropriato per poter ricevere prestazioni analgiche di qualità.



(tratto dal Rapporto 2015 sullo stato di attuazione della L. 38/2010)

Il ruolo del medico di medicina generale risulta di prioritaria rilevanza nell'ascolto del paziente affetto da dolore cronico, e di conseguenza nella possibilità di indirizzare il malato verso la struttura assistenziale idonea per il superamento del dolore. Tale organizzazione consente così, non solo il riconoscimento tempestivo e la successiva azione di una terapia analgica, ma è parte integrante di una razionalizzazione di ricoveri impropri presso le strutture ospedaliere e di un ricorso spesso non risolutivo al pronto soccorso.

9.1 I NODI DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE

Hub/centro ospedaliero di terapia del dolore La struttura di livello Hub è preposta ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità (farmacologici, chirurgici, psicologici variamente integrati) finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone con dolore, in regime ambulatoriale, ricovero ordinario, di day hospital nonché la consulenza specialistica a livello domiciliare. Garantisce la gestione del dolore, attraverso un approccio interdisciplinare per le patologie complesse, sia con team dedicati che con rete di consulenze. Alla struttura Hub sono affidati compiti di sorveglianza delle innovazioni tecnologiche e di monitoraggio dei processi di cura complessi e i registri per le procedure a permanenza. Il centro hub risponde ai requisiti previsti per l'attività ambulatoriale e di degenza dalla DGR 3586/2004 e 1436/2011, che, insieme ai requisiti specifici individuati, sono riportati nell'allegato 1.

Spoke /centro ambulatoriale di terapia del dolore La struttura di livello 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 nonché la consulenza specialistica a livello domiciliare. Garantisce la gestione del dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi. Il centro spoke risponde ai requisiti previsti per l'attività ambulatoriale e di degenza dalla DGR 3586/2004 e 1436/2011, che, insieme ai requisiti specifici individuati, sono riportati nell'allegato 1.

Il Decreto del Ministero della salute 2/4/2015 n 70 prevede per il centro ospedaliero di terapia del dolore con degenza un bacino d'utenza minimo di 2,5 milioni di abitanti, mentre il centro ambulatoriale ha un bacino di utenza compreso tra 0,5 e 0,3 milioni di abitanti; le regioni a statuto speciale applicano questi standard compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.

La DGR 30/12/2014 n 2673, che individua gli standard ospedalieri e di assistenza primaria in applicazione alla LR 17/2014, prevede la funzione di terapia del dolore presso i Presidi Ospedalieri di Cattinara-Maggiore di Trieste (con PL di DH), Santa Maria deli Angeli di Pordenone e Santa Maria della Misericordia di Udine (con PL di DH).

Ambulatori dei MMG e le forme di aggregazione funzionale di MMG previste dagli Accordi collettivi con la Medicina Generale costituiscono la base organizzativa della rete e sono in grado di fornire la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni della persona con dolore, di indirizzare, quando necessario e secondo criteri condivisi di appropriatezza, il paziente allo Spoke O/centro ambulatoriale di terapia del dolore o all'Hub /centro ospedaliero di terapia del dolore, e di garantire la continuità della gestione nell'ambito di percorsi definiti nella rete.

I MMG partecipano alle attività formative organizzate a livello regionale e aziendale sulle cure palliative e terapia del dolore, conoscono e applicano i PDT-dolore per diagnosticare il tipo di dolore, utilizzando semplici strumenti disponibili in ogni ambulatorio, ne misurano l'intensità e l'impatto sulla qualità della vita, registrano il dato in cartella (come previsto dalla L. 38/2010 all'art 7) e impostano la terapia.

9.2 I CRITERI DI ACCESSO AI DIVERSI NODI DELLA RETE

I criteri di accesso ai diversi nodi della rete sono definiti in base alla complessità della "malattia dolore" e al percorso diagnostico-terapeutico più opportuno al fine di garantire sia il trattamento terapeutico più appropriato sia un uso razionale delle risorse.

Il **primo livello** è l'ambulatorio del medico di medicina generale o l'aggregazione funzionale di medici di medicina generale. A questo livello di assistenza accedono i seguenti pazienti:

- Pazienti affetti da patologia dolorosa cronica, ancora in fase di definizione diagnostica attraverso le più comuni indagini (radiografia standard ed esami ematochimici di primo livello), senza alcun iniziale trattamento analgesico;
- Pazienti affetti da patologia dolorosa cronica in controllo sintomatologico con farmaci analgesici che non espongano il paziente a rischio e/o non siano presenti condizioni patologiche croniche di rilievo tali da poter ipotizzare un difficile setting di terapia;
- Pazienti affetti da patologia dolorosa cronica in controllo sintomatologico mediante farmaci detti di primo livello (FANS e paracetamolo) senza alcuna complessità o comorbidità significativa associata.

Il MMG deve quindi gestire tale paziente chiedendo, eventualmente al centro Spoke un'attività consulenziale e, qualora sia necessario, una modifica della terapia al fine di evitare e contrastare la comparsa di effetti collaterali lievi.

Qualora non sia chiara l'iniziale diagnosi e/o il trattamento di prima istanza non sia efficace e/o sia indicata un trattamento infiltrativo, il paziente sarà comunque indirizzato al centro Spoke.

Compiti della gestione del dolore cronico da parte del MMG:

- Giungere ad una diagnosi iniziale del tipo di dolore tramite esami diagnostici di primo livello (radiografia, esami ematochimici) e richiedere consulenze specialistiche non di carattere algologico nel caso si ravvedano quadri il cui dolore sia identificato non come malattia ma come sintomo di altra patologia primaria trattabile;

- Provvedere ad una prima linea di trattamento;
- Prescrivere accertamenti di laboratorio e radiologici di base, rivalutando il paziente alla luce degli esiti ottenuti;
- Inviare, ai centri Spoke e HUB, i pazienti con malattia dolore complessa, i pazienti che non hanno risposto in modo soddisfacente alla terapia, i pazienti che possono essere trattati con blocchi o interventi analgici;
- Prescrivere eventuali terapie fisiche e complementari;
- Eseguire il follow up dei suoi assistiti e di quelli da lui inviati ai centri HUB e Spoke, il cui dolore sia correttamente trattato.

Il **secondo livello** è il centro ambulatoriale di terapia del dolore Spoke

A questo secondo livello di assistenza accedono, attraverso l'invio da parte dei MMG o di altri specialisti i seguenti pazienti:

- pazienti con dolore cronico i cui esami di primo livello tradizionali non abbiano chiarito l'origine del quadro clinico e per cui sia necessario individuare un piano diagnostico-terapeutico mediante tecniche più evolute. La richiesta dell'intervento dello specialista in Terapia del Dolore rappresenta un controllo della appropriatezza diagnostico terapeutica della malattia dolore così come individuato dalla legge 38/2010;
- pazienti con dolore cronico nocicettivo nei casi in cui i farmaci, scelti dal MMG o altro specialista non afferente alla terapia del dolore, non si rivelino efficaci o presentino effetti collaterali tali da richiedere una revisione di terapia;
- pazienti con dolore cronico il cui percorso diagnostico-terapeutico abbia condotto all'indicazione di procedure infiltrative e procedure mini-invasive erogabili a livello ambulatoriale (infiltrazioni articolari, infiltrazioni peridurali, blocchi diagnostici) o in day surgery/day hospital;
- pazienti con dolore cronico misto la cui complessità diagnostica e/o terapeutica richieda l'individuazione del percorso multifarmacologico/multidisciplinare più appropriato.

Il centro Spoke deve quindi gestire tale paziente in un'ottica multidisciplinare con l'apporto/collaborazione di un team multidisciplinare che abbia possibilità di garantire le adeguate competenze diagnostiche (ad esempio neurologo, neuroradiologo, psicologo, etc.) e terapeutiche (fisiatra, fisioterapista, psicologo, etc.).

Qualora non si giunga a una chiara diagnosi e/o il trattamento di prima istanza non sia efficace e/o sia indicata un trattamento procedurale complesso o in un paziente con elevate comorbidità che necessiti o possa necessitare un ricovero, il paziente sarà indirizzato al centro HUB.

Compiti della gestione del dolore cronico da parte del centro Spoke:

- giungere ad una diagnosi del tipo di dolore complesso tramite esami diagnostici di secondo livello (esami neurofisiologici, TAC, RMN, esami ematochimici di secondo livello, etc), blocchi diagnostici e consulenze specialistiche appropriate;
- impostare un corretto piano diagnostico-terapeutico attraverso l'utilizzo di farmaci oppioidi e/o "adiuvanti" (antidepressivi, antiepilettici, miorilassanti, FANS, etc);
- eseguire procedure infiltrative e procedure mini-invasive erogabili a livello ambulatoriale (infiltrazioni articolari, infiltrazioni peridurali) o in day surgery/day hospital;
- eseguire il follow up dei suoi assistiti in collaborazione con il MMG;
- inviare il paziente a centro Hub qualora sia necessario definire meglio la diagnosi della malattia dolore del paziente.

Il centro spoke fornisce attività di consulenza alle strutture ospedaliere per la gestione del dolore acuto (post traumatico, in fase di riabilitazione, post operatorio e durante travaglio di parto).

Il terzo livello è rappresentato dal centro HUB cui sono attribuite non solo le funzioni dello Spoke, ma anche le prestazioni complesse come in seguito definite.

Al centro Hub accedono, attraverso l'invio da parte dei centri Spoke, dei MMG o di altri specialisti i seguenti pazienti:

- patologie dolorose complesse per la cui diagnosi siano necessari approfondimenti diagnostici ulteriori e/o test in regime di ricovero (es test spinali, test farmacologici di scatenamento/abolizione);
- patologie dolorose complesse non responsive ai trattamenti infiltrativi e mini-invasivi effettuati dal centro Spoke;
- patologie dolorose che necessitino interventi mini-invasivi;
- pazienti che necessitano oppioidi ad alti dosaggi o che abbiano comorbidità tali da richiedere un approccio altamente specialistico.

Compiti della gestione del dolore cronico da parte del centro Hub:

- giungere ad una diagnosi del tipo di dolore che non è stato ancora correttamente identificato anche tramite tecniche diagnostiche e di blocco più complesse;
- impostare un corretto piano diagnostico-terapeutico attraverso l'utilizzo di farmaci analgesici associate a tecniche neuromodulative e mini-invasive complesse;
- eseguire procedure infiltrative e procedure mini-invasive erogabili a livello ambulatoriale (infiltrazioni articolari, infiltrazioni peridurali), in day surgery/day hospital e in ricovero;
- eseguire il follow up dei suoi assistiti.

Il centro hub fornisce attività di consulenza alle strutture ospedaliere per la gestione del dolore acuto (post traumatico, in fase di riabilitazione, post operatorio e durante travaglio di parto).

9.3 RILEVAZIONE OBBLIGATORIA DEL DOLORE

Tutti gli enti del SSR, sulla base di quanto indicato all'art. n. 7 della Legge 38/2010, sono tenuti a fare rispettare l'obbligatorietà della valutazione del dolore da parte dei medici e degli infermieri nel contesto del percorso assistenziale di tutti i malati ricoverati nelle strutture sanitarie e della registrazione del parametro dolore nel diario clinico con particolare riferimento a: caratteristiche del dolore rilevato e sua evoluzione, tecnica antalgica adottata e farmaci utilizzati con relativi dosaggi e durata del trattamento nonché il risultato antalgico ottenuto.

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

10. LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI

L'Accordo CSR Rep. Atti n. 87 del 10/7/2014 ha individuato puntualmente le figure professionali che operano nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore e ha definito i contenuti minimi di in termini di conoscenza, competenza e abilità per lo svolgimento delle attività professionali nelle strutture pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro.

Per la costruzione della rete delle cure palliative e della rete della terapia del dolore si rende necessario dare attuazione ad un progetto formativo a favore dei medici di medicina generale, medici dei centri ambulatoriali, medici di continuità assistenziale, infermieri e fisioterapisti che operano nell'assistenza domiciliare con le risorse assegnate a questa Regione dal Ministero della salute, ai sensi dell'art. 6 Legge 15 marzo 2010, n.38 e dalla L.R. 10/2011.

A regime tutto il personale infermieristico che opera nel servizio di assistenza domiciliare deve essere formato nelle cure palliative

11. PROPOSTA DI INDICATORI PER IL MONITORAGGIO DELLE RETI

Premesso che a regime la definizione degli indicatori è funzione del coordinamento della rete regionale, si richiamano gli indicatori già individuati a livello statale:

11.1. INDICATORI DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

Per il monitoraggio della rete delle cure palliative si richiamano gli indicatori di classici di cui al Decreto 22 febbraio 2007 :

1. Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD) cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative domiciliari e /o in Hospice / Numero di malati deceduti per malattia oncologica (>= 65%)
2. Numero di posti letto in Hospice (> = 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore)
3. Numero di Hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale/ Numero totale di Hospice (100%)
4. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore
5. Numero di malati per i quali il tempo massimo di attesa tra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati presi in carico a domicilio dalla rete e con assistenza conclusa (> = 80%)
6. Numero di malati per i quali il tempo massimo di attesa tra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa (> = 40%)
7. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (< = 20%)
8. Numero di ricovero di malati con patologia oncologica per i quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni/ numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (< = 25%)

Il board scientifico dell'Osservatorio per le buone pratiche nelle cure palliative istituito dall'AGENAS ha individuato 14 indicatori utili a descrivere il livello di qualità raggiunto dalla rete di cure palliative.

1. PRESENZA DELLA RETE LOCALE/PROVINCIALE DI CP: istituzione formale da parte delle AAS delle reti per le cure palliative
2. ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)
3. ASSISTENZA DI BASE
4. ASSISTENZA SPECIALISTICA: setting minimo: medico esperto in Cure Palliative e infermiere
5. SOSTEGNO PSICOLOGICO: attraverso il volontariato oppure attraverso uno psicologo dedicato, parte integrante dell'équipe di Cure Palliative domiciliari
6. COLLOQUIO STRUTTURATO CON I FAMILIARI ALLA PRESA IN CARICO: è previsto un colloquio attraverso una procedura formalizzata
7. FORMAZIONE PERMANENTE DEL PERSONALE (medico e infermieristico): il personale medico e infermieristico operativo nell'équipe partecipa ad un piano di formazione e aggiornamento professionale certificato, specifico per le Cure Palliative (ECM)
8. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto. La sommatoria dei malati presi in carico entro 1 giorno, entro 2 giorni ed entro 3 giorni deve essere superiore o uguale all'80%
9. FORNITURA DI FARMACI: è garantita la fornitura di farmaci (direttamente o indirettamente, attraverso una procedura formalizzata con AS/AO o equivalenti)
10. NUMERO DI MALATI ONCOLOGICI ASSISTITI PER ANNO
11. NUMERO POSTI LETTO DOMICILIARI EQUIVALENTI
12. SUPPORTO DI ORGANIZZAZIONI NO PROFIT
13. CIA superiore o uguale a 0,5
14. PERCENTUALE MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI AL DOMICILIO uguale o superiore al 75%

11.2. INDICATORI PER IL MONITORAGGIO DELLA TERAPIA DEL DOLORE

Si rappresenta che, mentre per la rete delle cure palliative vi sono numerosi indicatori validati a livello nazionale, basti citare, a solo titolo di esempio, quelli previsti dal DM 43/2007 e i 14 indicatori dell'Osservatorio per le Buone Pratiche nelle Cure Palliative dell'AGENAS, per la rete della terapia del dolore, in carenza di indicazioni dal livello nazionale, è necessario individuare alcuni indicatori a livello regionale, che siano di facile rilevazione, nella prima fase di attivazione della rete.

Gli indicatori proposti sono:

1. Numero di pazienti in carico alla rete di TD
2. Tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali di terapia del dolore
3. Numero di PDTA TD redatti e implementati nelle reti locali
4. Numero di interventi di terapia del dolore, eseguiti in regime di ricovero ospedaliero
5. Consumo farmaci analgesici: consumo di farmaci oppioidi, consumo di analgesici non oppioidi
6. Presenza di valutazione e rivalutazione del dolore nella documentazione sanitaria

ALLEGATO 1 REQUISITI

1.1 RETE DELLE CURE PALLIATIVE

Servizio di coordinamento della rete delle cure palliative

N.	Requisiti
1.	Il Servizio di coordinamento della rete delle cure palliative è stato formalmente istituito dalla direzione aziendale.
2.	Il Servizio di coordinamento della rete delle cure palliative ha una sede facilmente individuabile nell'ambito dei servizi territoriali e accessibile per raccogliere le richieste di intervento e fornire informazioni al malato e ai familiari.
3.	La sede è dotata di almeno 2 linee telefoniche autonome.
4.	Il Servizio di coordinamento della rete delle cure palliative è dotata di almeno i seguenti locali/spazi: <ul style="list-style-type: none">• spazi di attesa e per l'accettazione amministrativa• ambulatorio attrezzato per l'esecuzione delle prestazioni
5.	Il Servizio di coordinamento della rete delle cure palliative è affidato ad un medico con specifica competenza nelle cure palliative, certificata con le modalità previste dal Decreto del Ministero della salute 4/6/2015 ovvero in possesso della specializzazione di cui al Decreto del Ministero della salute del 28 marzo 2013.

Cure palliative domiciliari

N.	Requisiti
6.	L'attività di cure palliative domiciliari è garantita 7 giorni su 7.
7.	E' presente un piano di formazione specifica sulle cure palliative del personale e delle associazioni di volontariato.
8.	E' presente una cartella clinico assistenziale per ciascun paziente preso in carico con la registrazione di tutte le prestazioni effettuate.
9.	Deve essere predisposta una carta dei servizi, da consegnare agli ospiti e/o ai loro familiari/caregiver al momento dell'ingresso, contenente almeno: <ul style="list-style-type: none">• le modalità di accesso alle cure palliative• le prestazioni erogate e le modalità di erogazione• la dotazione di personale con le rispettive attribuzioni di ruoli, funzioni e compiti• le associazioni di volontariato operanti nella rete locale
10.	E' adottato un sistema di rilevazione della qualità di vita dei malati secondo standard regionale.
	E' presente una procedura documentata di presa in carico globale che comprenda almeno: <ul style="list-style-type: none">• l'accoglienza, l'informazione e l'educazione all'utente e ai familiari/caregiver del paziente
11.	<ul style="list-style-type: none">• la valutazione multidimensionale con scale/strumenti di valutazione che analizzino gli aspetti funzionali ed organici, gli aspetti socioambientali e relazionali e consentano anche la misurazione della qualità della vita dell'assistito
12.	<ul style="list-style-type: none">• la formulazione del Piano Assistenziale ed eventualmente del Progetto Riabilitativo Individuale condiviso con la persona e/o la sua famiglia
13.	<ul style="list-style-type: none">• la definizione di un operatore di riferimento (case manager)
14.	<ul style="list-style-type: none">• I tempi e le modalità di rivalutazione del paziente e la riformulazione degli obiettivi del PAI ed eventualmente del PRI
15.	Il PAI deve contenere la valutazione e l'eventuale prescrizione in relazione ai seguenti bisogni clinici: valutazione e trattamento del dolore, condizioni di nutrizione e idratazione; prevenzione e trattamento delle infezioni; funzione respiratoria; valutazione ed aggiornamento delle terapie farmacologiche; valutazione di complicanze da immobilità.
16.	Il PAI deve contenere la valutazione e l'eventuale pianificazione in relazione ai seguenti bisogni

	<p>assistenziali: assistenza all'igiene; valutazione e rivalutazione del dolore; assistenza ai problemi di alimentazione e idratazione; gestione incontinenza sfinterica; assistenza ai problemi respiratori; mobilitazione e posture all'interno dell'ambiente di vita; monitoraggio parametri vitali, lesioni da decubito, stato nutrizionale; prelievo di campioni biologici; interventi educazionali rivolti al care giver.</p>
17.	E' documentata la disponibilità di un tempo definito del case manager al paziente e alla famiglia.
18.	<p>L' Assistenza domiciliare medica al paziente per gli interventi di base è garantita da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MMG (responsabile della gestione clinica del caso) • Infermiere con buona conoscenza di base delle cure palliative
19.	<p>L' Assistenza domiciliare al paziente con bisogni complessi è garantita dall'equipe di cure palliative composta da</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medico palliativista • MMG • Infermiere • Psicologo • Dietista • Professionisti della riabilitazione • Assistente sociale (disponibilità) • Operatori di supporto • Volontari
20.	E' presente una cartella integrata con registrazione delle attività di valutazione e della prescrizione terapeutica e assistenziale definita dal PAI in tutti i setting assistenziali.
21.	Sono presenti nella cartella domiciliare la registrazione delle attività di monitoraggio e delle altre attività assistenziali definite dal PAI.
22.	E' garantita Assistenza protesica e integrativa (DM 332/99) protesi, ausili, cateteri, pannoloni, apparecchiature biomediche con le modalità definite dal PRI/PAI
23.	E' garantito il trasporto in ambulanza con le modalità definite dal PAI
24.	<p>L' Assistenza sociale al P. è garantita da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza alla persona tramite il servizio di assistenza domiciliare dei comuni (assistenza tutelare e di supporto alla famiglia, global service - pasti, lavanderia, ecc-, supporto economico, nomina di amministratore di sostegno), come definito dal PAI
25.	<ul style="list-style-type: none"> • Risorse del volontariato
26.	E' presente una procedura di raccordo per la gestione dei Pazienti in Hospice.
27.	E' presente un programma di supporto per i familiari dei malati assistiti in caso di lutto patologico.
28.	E' presente un sistema informativo per la rilevazione dei dati secondo standard regionale.

1.2. RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

HUB/CENTRO OSPEDALIERO DI TERAPIA DEL DOLORE

N.	Requisiti
1.	<p>Il centro ospedaliero di terapia del dolore, oltre i requisiti generali di autorizzazione e accreditamento stabiliti dalla normativa regionale vigente, risponde ai requisiti specifici previsti per l'ambulatorio chirurgico; in particolare è dotato dei seguenti spazi/locali attrezzati:</p> <ul style="list-style-type: none">• spazi per accettazione, attività amministrative, archivio• sala per l'esecuzione delle prestazioni, di dimensioni minime di 16 mq, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente• spazi di attesa per il paziente in fase pre e post-operatoria• spazio/locali per pulizia/lavaggio, disinfezione, sterilizzazione degli strumenti ed attrezzature ovvero centralizzazione e/o esternalizzazione della sterilizzazione• spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni• spazio/locali per deposito di materiale pulito• spazio/locali per deposito di materiale sporco• servizi igienici distinti per utenti e personale
2.	<p>Il locale ambulatorio è provvisto di pavimenti e pareti lavabili e disinfettabili fino ad una altezza di 2 metri e dispone di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta, compreso un carrello per l'emergenza.</p>
3.	<p>Il personale dell'ambulatorio ha adottato procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani.</p>
4.	<p>Il personale dell'ambulatorio ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in conformità al programma regionale.</p>
5.	<p>Il personale dell'ambulatorio ha adottato procedure per le attività clinico assistenziali ad elevato rischio di errore in conformità al programma nazionale e regionale sulla sicurezza dei pazienti, in particolare in tema di :</p>
6.	<ul style="list-style-type: none">• corretta identificazione dei pazienti
7.	<ul style="list-style-type: none">• corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
8.	<ul style="list-style-type: none">• sicurezza nell'uso dei farmaci e informazione agli utenti sulle modalità di assunzione e le interazioni tra farmaci e farmaci/alimenti
9.	<ul style="list-style-type: none">• prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali

10.	La Direzione ha definito, in relazione alla complessità dell'attività clinico-assistenziale: <ul style="list-style-type: none"> • caratteristiche della documentazione ambulatoriale adottata
11.	<ul style="list-style-type: none"> • modalità di compilazione
12.	<ul style="list-style-type: none"> • identificazione delle responsabilità per la compilazione
13.	<ul style="list-style-type: none"> • modalità di trasmissione dei dati clinico-assistenziali al fine di assicurare la gestione interdisciplinare e interprofessionale dei problemi di salute.
14.	La documentazione ambulatoriale deve contenere almeno le seguenti informazioni: <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi o ipotesi diagnostica
15.	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione del dolore con scale validate
16.	<ul style="list-style-type: none"> • prescrizioni diagnostiche
17.	<ul style="list-style-type: none"> • prescrizioni terapeutiche
18.	<ul style="list-style-type: none"> • procedure invasive
19.	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione efficacia del trattamento
20.	<ul style="list-style-type: none"> • istruzioni di follow up
21.	Nella documentazione ambulatoriale c'è evidenza di consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto.
22.	Nella documentazione ambulatoriale, nel caso di pazienti sottoposti a interventi chirurgici o altre procedure invasive, sono incluse le seguenti informazioni: <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi preoperatoria • descrizione dell'intervento • diagnosi post operatoria • nome dei componenti dell' équipe
23.	La documentazione del processo assistenziale comprende: registro prestazioni, cartella clinica ambulatoriale, relazione al medico curante, comprensiva del piano antalgico.
24.	Il centro ha un'apertura minima h 12 nei giorni feriali, integrata con un sistema di reperibilità h24.
25.	L'attività ambulatoriale per esterni è assicurata 5giorni su 7 per almeno 30 ore complessive settimanali.
26.	E' presente una procedura che regoli la disponibilità di PL in regime di ricovero ordinario e di DH per la terapia del dolore.
27.	E' presente una procedura che regoli la disponibilità di una sala operatoria e/o di una sala

	diagnostica per immagini per le procedure invasive.
28.	<p>Il centro garantisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestazioni specialistiche diagnostiche (es. diagnosi clinico-strumentale del sistema nervoso somato-sensoriale e autonomo, tecniche diagnostiche evocative, blocchi diagnostici delle vie somato-sensoriali) • l'erogazione di prestazioni specialistiche di alto livello (es. neurostimolazione spinale e periferica, neuromodulazione spinale farmacologica, neurolesioni del sistema simpatico e somatico, procedure mininvasive comprese le tecniche endoscopiche) • le prestazioni previste nei percorsi diagnostico terapeutici delle rete regionale • attività di consulenza ospedaliera con 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) • consulenza antalgica per i pazienti in assistenza domiciliare, come previsto dai PDT della rete regionale
29.	<p>Nel centro ospedaliero di terapia del dolore opera una equipe multiprofessionale che comprende almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • due anestesisti esperti nella terapia del dolore • consulenza, in rapporto alla specificità delle diverse patologie, di medici specialisti in geriatria, medicina interna, neurologia, oncologia medica e radioterapia • infermieri esperti nella terapia del dolore • fisioterapisti • consulenza psicologia
30.	La continuità è garantita con il supporto di una reperibilità aziendale/dipartimentale specialistica.
31.	Sono presenti procedure per garantire il livello qualitativo delle prestazioni previste.
32.	Sono presenti le procedure di raccordo con gli altri nodi della rete le interfacce con la rete di cure palliative secondo standard regionale.
33.	E' attivata una raccolta e trasmissione dei dati secondo standard statale e/o regionale.
34.	Sono presenti strumenti di valutazione della qualità percepita dei pazienti.

SPOKE/CENTRO AMBULATORIALE DI TERAPIA DEL DOLORE

N.	Requisiti
1.	<p>Il centro ambulatoriale di terapia del dolore, oltre i requisiti generali di autorizzazione e accreditamento stabiliti dalla normativa regionale vigente, risponde ai requisiti specifici previsti per l'ambulatorio chirurgico; in particolare è dotato dei seguenti spazi/locali attrezzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spazi per l' accettazione, attività amministrative, archivio • sala per l'esecuzione delle prestazioni, di dimensioni minime di 16 mq, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente • spazi di attesa per il paziente in fase pre e post-operatoria • spazio/locali per pulizia/lavaggio, disinfezione, sterilizzazione degli strumenti ed attrezzature ovvero centralizzazione e/o esternalizzazione della sterilizzazione • spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni • spazio/locali per deposito di materiale pulito • spazio/locali per deposito di materiale sporco

	<ul style="list-style-type: none"> • servizi igienici distinti per utenti e personale
2.	Il locale ambulatorio è provvisto di pavimenti e pareti lavabili e disinfettabili fino ad una altezza di 2 metri e dispone di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta, compreso un carrello per l'emergenza.
3.	Il personale dell'ambulatorio ha adottato procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani.
4.	Il personale dell'ambulatorio ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in conformità al programma regionale.
5.	Il personale dell'ambulatorio ha adottato procedure per le attività clinico assistenziali ad elevato rischio di errore in conformità al programma nazionale e regionale sulla sicurezza dei pazienti, in particolare in tema di :
6.	<ul style="list-style-type: none"> • corretta identificazione dei pazienti
7.	<ul style="list-style-type: none"> • corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
8.	<ul style="list-style-type: none"> • sicurezza nell'uso dei farmaci e informazione agli utenti sulle modalità di assunzione e le interazioni tra farmaci e farmaci/alimenti
9.	<ul style="list-style-type: none"> • prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
10.	La Direzione ha definito, in relazione alla complessità dell'attività clinico-assistenziale: <ul style="list-style-type: none"> • caratteristiche della documentazione ambulatoriale adottata
11.	<ul style="list-style-type: none"> • modalità di compilazione
12.	<ul style="list-style-type: none"> • identificazione delle responsabilità per la compilazione
13.	<ul style="list-style-type: none"> • modalità di trasmissione dei dati clinico-assistenziali al fine di assicurare la gestione interdisciplinare e interprofessionale dei problemi di salute.
14.	La documentazione ambulatoriale deve contenere almeno le seguenti informazioni: <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi o ipotesi diagnostica
15.	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione del dolore con scale validate
16.	<ul style="list-style-type: none"> • prescrizioni diagnostiche
17.	<ul style="list-style-type: none"> • prescrizioni terapeutiche
18.	<ul style="list-style-type: none"> • procedure invasive
19.	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione efficacia del trattamento
20.	<ul style="list-style-type: none"> • istruzioni di follow up
21.	Nella documentazione ambulatoriale c'è evidenza di consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto.

22.	<p>Nella documentazione ambulatoriale, nel caso di pazienti sottoposti a interventi chirurgici o altre procedure invasive, sono incluse le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi preoperatoria • descrizione dell'intervento • diagnosi post operatoria • nome dei componenti dell' équipe
23.	La documentazione del processo assistenziale comprende: cartella clinica ambulatoriale, relazione al medico curante, comprensiva del piano antalgico.
24.	L'attività ambulatoriale per esterni è assicurata per almeno 18 ore settimanali.
25.	<p>Il centro Spoke garantisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'erogazione di tutte le prestazioni di terapia del dolore previste in regime ambulatoriale • 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)
26.	Nel centro è presente un elenco di tutte le prestazioni eseguite.
27.	<p>Nel centro spoke opera una equipe multiprofessionale che comprende almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un anestesista esperto nella terapia del dolore • un infermiere esperto durante lo svolgimento di attività invasive
28.	Sono presenti procedure per garantire il livello qualitativo delle prestazioni previste.
29.	Sono presenti le procedure di raccordo con gli altri nodi della rete secondo standard regionale
30.	E' attivata una raccolta e trasmissione dei dati secondo standard regionale.
31.	Sono presenti strumenti di valutazione della qualità percepita degli utenti.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE