

Ospedale e Territorio senza dolore**Sommario**

.1	PREMESSA.....	2
.2	INTRODUZIONE	5
.3	OBIETTIVO GENERALE.....	6
.4	OBIETTIVI SPECIFICI.....	6
.5	DESTINATARI	7
.6	AZIONI E RESPONSABILITÀ	7
.6.1	COMITATO OSPEDALE- TERRITORIO SENZA DOLORE	8
.7	TEMPI.....	9
.8	VALUTAZIONI	9
.8.1	DI PROCESSO.....	9
.8.2	DI GRADIMENTO.....	9
.8.3	DI APPRENDIMENTO	9
.9	RISORSE.....	9
.10	CRONOPROGRAMMA.....	10

Ospedale e Territorio senza dolore

.1 Premessa

Definizione. La IASP (International Association for the Study of Pain - 1986) definisce il dolore come “un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”.

E’ un’esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito.

A livello clinico, il dolore è un sintomo trasversale e frequente: spesso segnale importante per la diagnosi iniziale di malattia, fattore sensibile nell’indicare evoluzioni positive o negative durante il decorso, innegabile presenza in corso di molteplici procedure diagnostiche e/o terapeutiche e costante riflesso di paura e ansia per tutto quello che la malattia comporta.

E’ fra tutti, il sintomo che più mina l’integrità fisica e psichica del paziente e più angoscia e preoccupa i suoi familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita.

In maniera molto sintetica, si possono distinguere tre tipologie diverse di dolore, con caratteristiche eziopatogenetiche, cliniche, di durata, e responsività terapeutica, specifiche.

Si parla infatti di dolore acuto, dolore cronico e dolore procedurale.

Il dolore acuto ha la funzione di avvisare l’individuo della lesione tissutale in corso ed è normalmente localizzato, dura per alcuni giorni, tende a diminuire con la guarigione. La sua causa è generalmente chiara: dolore legato all’intervento chirurgico, al trauma, alla patologia infettiva intercorrente. Attualmente le opzioni terapeutiche a disposizione per il controllo del dolore acuto, sono molteplici ed efficaci nella stragrande maggioranza dei casi.

Il dolore cronico, è duraturo, spesso determinato dal persistere dello stimolo dannoso e/o da fenomeni di automantenimento, che mantengono la stimolazione nocicettiva anche quando la causa iniziale si è limitata. Si accompagna ad una importante componente emozionale e psicorelazionale, e limita la performance fisica e sociale del paziente. E’ rappresentato soprattutto dal dolore che accompagna malattie ad andamento cronico (reumatiche, ossee, oncologiche, metaboliche..). E’ un dolore difficile da curare: richiede un approccio globale e, richiede non infrequentemente, interventi terapeutici multidisciplinari, gestiti con elevato livello di competenza e specializzazione.

Ospedale e Territorio senza dolore

Il dolore da procedura, che accompagna molteplici indagini diagnostiche/terapeutiche rappresenta in ogni setting, e situazione ed età, un evento particolarmente temuto e stressante. Il dolore si associa ad ansia e paura, e non infrequentemente la sua presenza condiziona in maniera importante la qualità percepita di cura, nonché la qualità di vita. Attualmente sono a disposizione numerose possibilità d'intervento (farmacologiche e non) e modelli organizzativi efficaci ed efficienti.

Da un punto di vista eziopatogenetico, il dolore può essere classificato in: nocicettivo (attivazione diretta dei recettori della nocicezione), neuropatico (da interessamento del sistema nervoso centrale e/o periferico), psichico (attivato da stazioni psico-relazionali) e misto (con la presenza di tutte le componenti precedenti).

Valutazione. Il dolore è un'esperienza soggettiva ed individuale, e questo rende ragione della difficoltà che si incontrano nella definizione di metodiche di valutazione efficaci.

La letteratura pone diverse proposte: autovalutazione, parametri fisiologici, comportamentali e strumentali.

Una metodologia valida in assoluto non esiste, e i diversi metodi vengono attualmente declinati, in rapporto al tipo di dolore, alle condizioni cliniche del paziente, all'età ed alle possibilità di collaborazione.

Il goal standard è la valutazione del paziente stesso della quantità e della qualità del dolore percepito (autovalutazione), ed attualmente molteplici sono le tecniche e gli strumenti a disposizione (Visual Analogic Scale di Scott Huskisson, Facial Scale, scala dei colori di Eland, Scala verbale..).

Terapia. Nella definizione di un programma antalgico, indipendentemente dal tipo e dalla causa del dolore, è necessario un intervento globale che preveda il ricorso a terapie farmacologiche e non.

Terapia Farmacologica. Attualmente i farmaci indicati nella gestione del dolore appartengono alle seguenti categorie: analgesici non narcotici, analgesici narcotici, adiuvanti ed anestetici locali. Studi di farmacocinetica e farmacodinamica hanno puntualizzato indicazioni e limiti di questi farmaci: l'OMS ha stabilito una scala graduata d'interventi in base alle caratteristiche e all'entità del dolore; le paure legate alla dipendenza ed alla tolleranza dei farmaci narcotici sono state ridimensionate; le indicazioni all'uso dei FANS sono state puntualizzate e la positività dell'uso dei farmaci adiuvanti è stata confermata. La strategia terapeutica utilizzata dipende da molti fattori, comprendenti l'eziologia e l'entità del dolore, la durata prevista della terapia, le condizioni cliniche generali del paziente e la sua capacità di adattamento ad un determinato programma terapeutico.

Terapia non farmacologica. La terapia antalgica non farmacologica comprende molti tipi d'intervento assai diversi fra loro. Alcuni agiscono su altri sistemi sensitivi che bloccano la progressione dello stimolo doloroso, altre

Ospedale e Territorio senza dolore

attivano i meccanismi nervosi centrali e/o periferici che inibiscono la nocicezione. In base alla metodologia d'intervento si possono suddividere in metodi psicologici (di supporto, cognitive, comportamentali) e fisici (agopuntura, massaggio, fisioterapia..). (tratto da "Cure palliative e terapia del dolore" - Ministero della Salute).

Contesto normativo. Attualmente, grazie alla emanazione della *legge 15 marzo 2010, n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*, è tutelato in Italia il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

In particolare, tale diritto è garantito al *malato* nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Malato nella accezione che comprende sia la persona affetta da patologia ad andamento cronico evolutivo per la quale non esistono terapie o queste sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita sia la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa.

Gli aspetti più rilevanti della legge concernono:

- l'obbligo della documentazione della avvenuta rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica;
- la creazione delle reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore;
- la semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore;
- la formazione del personale medico e sanitario.

In precedenza, l'accordo sancito nella Conferenza unificata del **19 aprile 2001** stabiliva che ciascuna Regione, nell'ambito della propria autonomia, è tenuta ad adottare gli atti necessari all'applicazione delle linee guida in coerenza con la propria programmazione e a prevedere il sistematico inserimento della loro attuazione nelle procedure di valutazione dei risultati delle aziende sanitarie.

Le linee-guida per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore", approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano con accordo del **24 maggio 2001** e con le quali veniva definita la rete assistenziale della terapia del dolore, non hanno tuttavia prodotto i risultati attesi.

La creazione di Comitati Ospedale senza dolore in ciascun ospedale, anche là dove sono stati creati ed hanno

Ospedale e Territorio senza dolore

effettivamente funzionato, non ha assicurato, infatti, l'esistenza di una effettiva rete assistenziale, ma di singole strutture scollegate una dall'altra.

Il passaggio dal progetto "Ospedale senza dolore" al nuovo progetto "Ospedale - Territorio senza dolore", così come indicato nell'art. 6 della legge 38/2010, sposta il baricentro dell'assistenza sul territorio, demandando alla struttura ospedaliera la gestione dei casi complessi e coinvolgendo nel processo assistenziale la figura del medico di medicina generale, e introduce il concetto di rete assistenziale anche nel campo della lotta al dolore.

A differenza dell'esperienza maturata nel campo delle cure palliative, nella quale si sono sviluppate spontaneamente nelle regioni modelli di reti assistenziali diverse, in questo caso è proposto dal Ministero della Salute un modello assistenziale unico, replicabile su tutto il territorio nazionale, ponendo come riferimento normativo quanto sarà esplicitato nell'intesa prevista dall'art. 5, comma 3 della legge 38/2010 in termini di criteri di accreditamento, di requisiti minimi strutturali e organizzativi, di sistema di indicatori quali/quantitativi, di sistema di tariffazione.

Per lo svolgimento del progetto assistenziale l'art. 6 della legge 38 mette a disposizione nel biennio 2010-2011 € 2.450.000, di cui € 1.450.000 per l'anno 2010 e € 1.000.000 per il 2011, suddivisi per ciascuna regione in una quota fissa ed una variabile.

Per la Regione Sardegna lo stanziamento previsto per il biennio ammonta a euro 84.805.

L'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del **28 ottobre 2010**, in merito alla ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto denominato "Ospedale-Territorio senza dolore", di cui al comma 2 dell'articolo 6 della legge 15 marzo 2010 n.38, stabilisce che le risorse sono destinate ad iniziative, anche di carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendone l'integrazione a livello territoriale.

Con l'accordo stato Regioni del **16 dicembre 2010** sono definite le linee guida per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete delle cure palliative e della rete della terapia del dolore.

.2 Introduzione

Nella nostra Azienda non è stato istituito, a suo tempo né in seguito, il Comitato Ospedale senza dolore e sono state realizzate delle azioni, sia in campo di cure palliative sia di trattamento del dolore, in assenza di un contesto

Ospedale e Territorio senza dolore

organizzativo adeguato che sostenesse l'azione dei professionisti, a livello territoriale ed ospedaliero, nel rispondere ai bisogni, espressi o meno, dei cittadini e consentisse, quindi, una costantemente appropriata presa in cura dei pazienti con dolore.

Con il presente progetto s'intende avviare un processo che, con il coinvolgimento di tutti i portatori d'interesse, consenta di porre i necessari presupposti conoscitivi ed organizzativi per l'avvio di adeguati percorsi diagnostico terapeutici aziendali, nonché il monitoraggio degli stessi, secondo un modello che prevede la creazione di una rete assistenziale che coinvolge le strutture ed i professionisti presenti in Azienda al fine di rendere meglio accessibile la cura del dolore al paziente adulto e pediatrico senza spreco di professionalità e risorse.

A tal fine occorre rimodulare la prospettiva del percorso del paziente e del diverso ruolo che non si può non riconoscere al Medico di Medicina Generale (MMG) e al Pediatra di libera scelta (PLS).

Sono proprio i MMG ed i PLS che, forti di uno specifico aggiornamento/formazione, ed all'interno di uno definito contesto organizzativo, possono assicurare la gestione della maggior parte delle richieste assistenziali così da prestare una prima risposta alle esigenze di cura ed intervento sul dolore nonché indirizzare i loro pazienti se la gravità del caso lo richiedesse, ai centri di cura del dolore di livello aziendale o regionale.

.3 Obiettivo generale

Stante la finalità di assicurare una appropriata risposta ai bisogni assistenziali del paziente con dolore nei diversi livelli o contesti assistenziali, obiettivo generale del presente progetto è la creazione di una rete assistenziale che assicuri la presa in cura del paziente, in tutte le fasce d'età, con dolore, acuto, cronico o da procedura secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili.

.4 Obiettivi specifici

Ai fini del perseguimento dell'obiettivo generale, gli obiettivi specifici, da realizzarsi nei diversi livelli e contesti assistenziali dell'Azienda, sono i seguenti:

- appropriata *valutazione* del dolore mediante adeguati strumenti condivisi;
- appropriato *trattamento* del dolore mediante protocolli e linee guida condivise;
- adeguata *documentazione* delle azioni di valutazione e trattamento;
- definizione e sperimentazione di *percorsi* diagnostico terapeutici per le principali tipologie di dolore

Ospedale e Territorio senza dolore

individuate;

- informazione dei cittadini.

.5 Destinatari

Ai fini del perseguimento degli obiettivi prefissati nei tempi indicati, si prevede il coinvolgimento, di primo livello, dei MMG, dei PLS, degli Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri nonché di professionisti sanitari che svolgono funzioni di responsabilità/coordinamento all'interno delle strutture interessate e il coinvolgimento, di secondo livello, di tutte le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici specialisti (ospedalieri e ambulatoriali territoriali) in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali.

.6 Azioni e responsabilità

Ai fini del perseguimento degli obiettivi specifici, le azioni che si prevede di realizzare sono:

- Costituzione del Comitato "Ospedale-Territorio senza dolore";
- creazione del Centro aziendale di cura del dolore, come centro locale di riferimento di secondo livello sia per i MMG, PLS sia per gli Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri;
- realizzazione di percorsi formativi rivolti a tutti i professionisti coinvolti nella valutazione e trattamento del dolore;
- come mandato per appositi gruppi di lavoro multi professionali e multidisciplinari dei quali uno per l'area pediatrica:
- individuazione ed adozione condivisa di appropriati strumenti valutazione del dolore;
- adozione condivisa protocolli e/o linee guida per il trattamento del dolore;
- adozione cartella clinica integrata con appositi spazi per la registrazione della valutazione e trattamento del dolore
- definizione delle modalità di presa in cura, da parte del Centro aziendale di cura del dolore e degli, eventuali, Centri regionali di cura del dolore, dei pazienti, avviati, quando necessario, dai MMG, dai PLS

Ospedale e Territorio senza dolore

e dagli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri;

- predisposizione e distribuzione di materiale informativo;
- individuazione e sperimentazione strumenti per monitoraggio (flussi informativi).

.6.1 Comitato Ospedale- Territorio senza dolore

Le finalità del Comitato sono:

- assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie;
- coordinare l'azione delle differenti equipe e la formazione continua del personale medico e non medico;
- promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici (in particolare gli oppioidi), assicurando inoltre la valutazione periodica del loro consumo;
- promuovere protocolli di trattamento delle differenti tipologie di dolore.

Il Comitato è presieduto dal Direttore Sanitario ed ha la seguente composizione:

- responsabile della struttura di staff della Direzione Generale competente in materia di qualità e formazione (S. Sviluppo organizzativo e risorse umane) con delega al coordinamento;
- direttore di distretto e responsabile UO Cure Primarie o loro delegati;
- direttore del PO o suo delegato;
- direttore del SPS o suo delegato;
- direttori di dipartimento ospedaliero o loro delegati;
- n.1 pediatra ospedaliero;
- n.4 infermieri di UUOO ospedaliere/territoriali di cui uno pediatrico selezionati dal SPS;
- n.3 MMG, n.1 PLS, n.1 specialista ambulatoriale;
- n.2 professionisti medici delle strutture di terapia del dolore e/o cure palliative nonché di anestesia e rianimazione;
- n.1 d. farmacista del servizio farmaceutico;
- n.1 rappresentante di organizzazioni no profit, in particolare volontariato, operanti nel settore.

Le funzioni e i compiti del Comitato "Ospedale senza dolore" sono:

- promuovere l'educazione continua del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore;

Ospedale e Territorio senza dolore

- assicurare il monitoraggio dei livelli di applicazione delle linee guida e la valutazione di efficacia;
- promuovere la elaborazione e distribuzione di materiale informativo agli utenti relativo alla cura del dolore.

.7 Tempi

Con avvio nel mese di maggio dell'anno 2011 il progetto è previsto si concluda il 30.06.2012.

Le diverse attività, i tempi di realizzazione e le relative responsabilità sono meglio indicate nel cronoprogramma.

.8 Valutazioni**.8.1 Di processo**

Lo sviluppo del progetto sarà oggetto di monitoraggio da parte del responsabile del progetto.

.8.2 Di gradimento

A conclusione dei percorsi formativi, si verificherà il livello di gradimento dei mediante appositi questionari.

.8.3 Di apprendimento

A conclusione dei percorsi formativi, si verificherà il livello di apprendimento dei partecipanti mediante adeguate verifiche di apprendimento (questionario su attitudini e conoscenze)

.9 Risorse

Il progetto, valorizzabile come formazione sul campo, è inserito nel Piano Formativo Aziendale per l'anno 2011.

I costi diretti sono individuati nelle ore di docenza/tutoraggio da parte di docenti/tutor interni ed esterni nonché di logistica allo stato non quantificabili.

Ospedale e Territorio senza dolore

.10 Cronoprogramma

Attività	resp.	Maggio 2011	Giugno 2011	Luglio 2011	Agosto 2011	Settembre 2011	Ottobre 2011	Novembre 2011	Dicembre 2011	Febbraio 2012	Aprile 2012	Giugno 2012
Costituzione COTSD	DG											
Creazione CACD	DG											
Individuazione priorità d'intervento	DG su proposta COTSD											
Realizzazione percorsi formativi	COTS											
Costituzione GDLA per strumenti valutazione del dolore relativo mandato	DG su proposta COTSD											
Costituzione GDLA per la gestione del dolore nell'età pediatrica	DG su proposta COTSD											
Costituzione GDLA per linee guida -protocolli dolore e relativo mandato	DG su proposta COTSD											
Costituzione GDLA per percorsi diagnostico terapeutici e relativo mandato	DG su proposta COTSD											
Definizione condivisa strumenti valutazione del dolore	GDLA											
Adozione cartella clinica integrata comprensiva di valutazione/trattamento dolore	DG su proposta S. SORU											
Definizione condivisa protocolli trattamento dolore	GDLA											
Individuazione linee guida trattamento dolore	GDLA											
Definizione percorsi diagnostico terapeutici	COTSD su proposta GDLA											
Predisposizione e distribuzione materiale informativo	COTSD											
Predisposizione ed adozione strumenti per flussi informativi	COTSD											
Avvio sperimentazioni	COTSD											
Monitoraggio sperimentazioni	COTSD											