

**Ospedale e Comunità senza dolore**
**Sommario**

<b>.1 Premessa</b> .....	<b>2</b>
<b>.2 Introduzione</b> .....	<b>5</b>
<b>.3 Obiettivo generale</b> .....	<b>8</b>
<b>.5 Destinatari</b> .....	<b>8</b>
<b>.6 Azioni, responsabilità e tempi</b> .....	<b>8</b>
.6.1 Comitato Ospedale - Territorio senza dolore.....	9
.6.2 Centro aziendale di cura del paziente con dolore .....	10
.6.3 Percorso del paziente con dolore.....	10
.6.4 Percorso del paziente pediatrico con dolore .....	11
.6.5 Dolore da procedura .....	11
<b>.7 Tempi</b> .....	<b>11</b>
<b>.8 Valutazioni</b> .....	<b>12</b>
.8.1 Di processo .....	12
.8.2 Di gradimento.....	12
.8.3 Di apprendimento.....	12
.8.4 Di esito .....	12
<b>.9 Risorse</b> .....	<b>12</b>
.9.1 Centro aziendale di Cura del paziente con dolore.....	12
.9.2 Formazione .....	13
.9.3 Percorso del paziente con dolore.....	13
.9.4 Comitato Ospedale Territori senza dolore.....	13
<b>.10 Cronoprogramma</b> .....	<b>14</b>
 Allegato I Percorso del paziente con dolore cronico: profilo organizzativo (preliminare).....	 16

Rev.	Data di approvaz.	Causale modifica	Redatto da	Approvato/Adottato da	Validato da	Codificato da
0.0	13.0.2013	Prima stesura	G.Cattina S.SORU	DG	/	/
Adozione formale 13.02.2013				Pubblicazione 13.02.2013		

**Responsabile di progetto**  
**d.m. Grazia Cattina**

Quality, Clinical risk e Training manager

**Ospedale e Comunità senza dolore****.1 Premessa**

**Definizione.** Il dolore è definito come “un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno” (International Association for the Study of Pain - 1986). 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 esperenziali 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 angoschia 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: 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.

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

**Ospedale e Comunità senza dolore**

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 attivano i meccanismi nervosi centrali e/o periferici che inibiscono la nocicezione. In base alla metodologia d'intervento si

**Ospedale e Comunità senza dolore**

possono suddividere in metodi psicologici (di supporto, cognitive, comportamentali) e fisici (agopuntura, massaggio, fisioterapia..).

(tratto da “Cure palliative e terapia del dolore- Il 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 Comunità 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.

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, in attuazione del progetto aziendale 2011-2012 "Ospedale Territorio senza dolore", adottato nella prima versione con deliberazione del direttore generale n.106 del 18.07.2011 ed in revisione con deliberazione del direttore generale n.156 del 02.05.2012, è stato avviato un processo che, con il coinvolgimento di tutti i portatori d'interesse, ha consentito di porre i primi necessari presupposti conoscitivi ed organizzativi per la definizione e la sperimentazione del percorso del paziente con dolore secondo un modello che ha visto la creazione

**Ospedale e Comunità senza dolore**

di una *rete assistenziale* con il coinvolgimento delle strutture e dei professionisti presenti in Azienda e con una ridefinizione di ruoli e competenze.

Stante la finalità di assicurare una appropriata risposta ai bisogni assistenziali del paziente con dolore nei diversi livelli o contesti assistenziali, obiettivo generale del progetto era 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.*

Ai fini del perseguimento dell'obiettivo generale, erano stati previsti quali obiettivi specifici, da realizzarsi nei diversi livelli e contesti assistenziali dell'Azienda:

- un'appropriate *valutazione* del dolore mediante adeguati strumenti condivisi;
- un appropriato *trattamento* del dolore mediante protocolli e linee guida condivise;
- un'adeguata *documentazione* delle azioni di valutazione e trattamento;
- la definizione e sperimentazione di *percorsi* diagnostico terapeutici per le principali tipologie di dolore individuate;
- l'informazione dei cittadini.

Ai fini del perseguimento degli obiettivi specifici, le azioni che si era previsto di realizzare erano:

1. la Costituzione del *Comitato aziendale "Ospedale-Territorio senza dolore"*;
2. la creazione del *Centro aziendale di cura del paziente con dolore*, come centro locale di riferimento di secondo livello sia per i MMG, PLS sia per gli Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri;
3. l'individuazione ed adozione condivisa di appropriati *strumenti di valutazione del dolore*;
4. l'adozione della *cartella clinica integrata* con appositi spazi per la registrazione della valutazione e trattamento del dolore;
5. la definizione del *percorso del paziente* ed adozione condivisa *protocolli e/o linee guida* per il trattamento del dolore come esito dell'attività di specifici gruppi di lavoro e nell'ambito di percorsi formativi rivolti a tutti i professionisti coinvolti nella valutazione e trattamento del dolore;
6. la predisposizione e distribuzione di *materiale informativo*;
7. l'individuazione e sperimentazione di strumenti per il *monitoraggio* delle attività.

**Ospedale e Comunità senza dolore**

Entro i termini temporali previsti dal progetto, sono state **realizzate le azioni di cui ai punti 1,2,3**: è stato costituito il **Comitato aziendale “Ospedale-Territorio senza dolore”**, è stato creato il **Centro aziendale di cura del paziente con dolore**, come centro aziendale di secondo livello che opera con approccio integrato medico-psicologico-assistenziale (tabella I), e sono stati individuati ed adottati in modo condiviso gli **strumenti di valutazione del dolore**.

**Tabella I** Dati su attività del Centro Aziendale di cura del paziente con dolore (aprile – dicembre 2012)

pazienti presi in cura	n. 200
suddivisione percentuale per genere	67% femmine, 33% maschi
suddivisione percentuale per articolazione territoriale	42% Tortoli, 35% Lanusei, 18% Ierzu, 5% variabile
Suddivisione percentuale per tipologia di dolore	74% dolore neuropatico e osteoarticolare 12% dolore neuropatico postoperatorio 14% dolore oncologico
visite	n.650
valutazione psicodiagnostica del dolore e colloqui di counselling	n.200
pazienti in psicoterapia	n.10

**Le azioni di cui ai punti 4,5,6,7, sono state, invece, realizzate in modo non completo**: è stato delineato in via preliminare e sperimentato il percorso del paziente adulto con dolore cronico, per il solo profilo organizzativo (Allegato I), ancora in fase di consolidamento e sviluppo in particolare per quanto concerne il (primo) livello ospedaliero della rete assistenziale; non è stato definito il percorso aziendale del paziente con dolore acuto o acuto e cronico se di età pediatrica, né previste azioni per quanto concerne il dolore da procedura.

Si ritiene, pertanto, opportuno prevedere una riformulazione del progetto che consenta, con il completamento delle azioni e, quindi, con il raggiungimento degli obiettivi previsti, di assicurare nella ASL4 Lanusei, in attuazione di quanto previsto dalla *legge 15 marzo 2010, n.38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*, un’appropriata risposta ai bisogni assistenziali del paziente con dolore.

**Ospedale e Comunità senza dolore****.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 *definizione e sperimentazione di percorsi nell'ambito dei quali sia assicurata 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 e secondo logiche di rete assistenziale.*

**.4 Obiettivi specifici**

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

nell'assicurare al paziente:

- la sistematica e appropriata *valutazione* del dolore mediante gli strumenti adottati;
- l'appropriato, per gli aspetti sia clinici sia organizzativi, *trattamento* del dolore;
- la sistematica e accurata *documentazione* delle azioni di valutazione, eventuale invio e trattamento;

e garantire l'informazione dei cittadini.

**.5 Destinatari**

Ai fini del perseguimento degli obiettivi prefissati nei tempi indicati, si prevede il coinvolgimento dei MMG, dei PLS, degli Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri nonché di professionisti sanitari che svolgono funzioni di responsabilità/coordinamento all'interno delle strutture aziendali ed il contemporaneo coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari delle strutture aziendali nonché del mondo del volontariato operante nel settore.

**.6 Azioni, responsabilità e tempi**

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

- rivedere la composizione e promuovere l'azione del **Comitato aziendale "Ospedale-Territorio senza dolore"**;
- sviluppare l'attività del **Centro aziendale di cura del paziente con dolore**, centro locale di riferimento di secondo livello per i MMG, i PLS gli Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, nelle more della sua inclusione tra le strutture/funzioni previste nel nuovo Atto aziendale, per l'ambito dell'assistenza infermieristica e fisioterapica;

**Ospedale e Comunità senza dolore**

- promuovere lo sviluppo ed il consolidamento del **percorso del paziente adulto con dolore**;
- definire e sperimentare il percorso del **paziente pediatrico con dolore**;
- definire e sperimentare modalità di gestione del **dolore da procedura**;
- predisporre e distribuire **materiale informativo**;

secondo i tempi, il dettaglio e con le responsabilità definiti nel crono programma.

**.6.1 Comitato Ospedale - Territorio senza dolore**

Al fine di meglio assicurare il perseguimento delle finalità nonché lo svolgimento delle funzioni e compiti propri, la composizione del Comitato è riformulata come segue.

Il Comitato è presieduto dal Direttore Sanitario e vede come componenti:

- n.3 MMG;
- n.1 PLS;
- n.1 pediatra ospedaliero;
- n.1 specialista oncologo;
- n.4 infermieri di UUOO ospedaliere/territoriali di cui uno pediatrico selezionati dal SPS;
- n.1 d. farmacista del servizio farmaceutico;
- il responsabile del Centro Aziendale di cura del paziente con dolore;
- n.1 psicologo del Centro Aziendale di cura del paziente con dolore;
- n.1 professionista medico delle strutture di cure palliative;
- n.1 d.m. di anestesia e rianimazione;
- n.1 rappresentante di organizzazioni no profit, in particolare volontariato, operanti nel settore;
- direttore di distretto o suo delegato;
- responsabile dell'UO Cure Primarie;
- direttore del PO o suo delegato;
- direttori di dipartimenti ospedalieri e del DSMD o loro delegati o, in caso di dipartimenti non operativi, direttori/responsabili di UUOO (di area medica, area chirurgica e tutela della salute mentale);
- direttore del SPS o suo delegato;

**Ospedale e Comunità senza dolore**

- responsabile della struttura di staff della Direzione Generale competente in materia di *clinical governance* con delega al coordinamento.

, 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.

Le funzioni e i compiti del Comitato "Ospedale senza dolore", da esercitarsi tramite incontri a cadenza regolare, 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;
- 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.

### **.6.2 Centro aziendale di cura del paziente con dolore**

Il **Centro aziendale di cura del paziente con dolore**, opera come centro locale di riferimento di secondo livello per i MMG, i PLS gli Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, assicura un trattamento integrato medico psicologico mentre, per sviluppare gli aspetti di assistenza infermieristica e fisioterapica, si prevede, dopo una fase di ricerca e studio di possibili modelli, di sperimentare un modello che assicuri, nell'integrazione delle diverse professioni e nei necessari raccordi operativi, in particolare con l'UO di Riabilitazione e recupero funzionale, una migliore presa in cura del paziente.

### **.6.3 Percorso del paziente con dolore**

Si prevede di promuovere lo sviluppo ed il consolidamento del **percorso del paziente adulto con dolore** tramite:

- la promozione e verifica dell'utilizzo degli **strumenti di valutazione del dolore** nei diversi contesti assistenziali;

**Ospedale e Comunità senza dolore**

- l'adozione di una **cartella clinica integrata** con appositi spazi per la registrazione della valutazione e trattamento del dolore;
- la promozione e verifica dell'utilizzo della **documentazione** a supporto del percorso;
- la promozione e verifica dell'utilizzo di **protocolli e/o linee guida** per il trattamento del dolore, ai vari livelli della rete assistenziale, anche come esito dell'attività di specifici gruppi di lavoro e nell'ambito di percorsi formativi rivolti a tutti i professionisti coinvolti nella valutazione e trattamento del dolore;
- il **monitoraggio** delle attività ai fini delle valutazioni d'appropriatezza;

**.6.4 Percorso del paziente pediatrico con dolore**

La definizione e sperimentazione del percorso di presa in cura del paziente pediatrico con dolore da parte della rete assistenziale si prevede sia assicurato mediante:

- la promozione dell'utilizzo sistematico da parte dei MMG, PLS, medici ospedalieri, infermieri e fisioterapisti degli *strumenti di valutazione e rilevazione del dolore* nel bambino da prevedere come parte integrante della documentazione sanitaria aziendale;
- la realizzazione di percorsi formativi rivolti a tutti gli interessati anche finalizzati alla definizione e condivisione di specifici *percorsi diagnostico terapeutici assistenziali* per il dolore acuto ed il dolore cronico;
- individuazione e sperimentazione di strumenti per il monitoraggio delle attività.

**.6.5 Dolore da procedura**

Ad una fase di rilevamento, delle principali procedure diagnostico-terapeutiche comportanti dolore in ambito ospedaliero, e di studio di possibili interventi di miglioramento seguirà una fase di sperimentazione delle modalità organizzative o terapeutiche che possano comportare un controllo del dolore.

**.7 Tempi**

Con avvio nel mese di gennaio dell'anno 2013 il progetto è previsto si concluda il 31.12.2014.

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

 <b>ASL Lanusei</b>	<b>Progetto aziendale</b> anno 2013-2014	Versione 01 Rev.00 <b>del 07.01.2013</b>	Pag. 12 di 16
<b>Ospedale e Comunità senza dolore</b>			

## **.8 Valutazioni**

### **.8.1 Di processo**

Lo sviluppo del progetto sarà oggetto di monitoraggio diretto 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)

### **.8.4 Di esito**

Tramite opportuni indicatori sarà valutato l'andamento del livello di appropriatezza degli interventi di secondo livello e, mediante indagini ad hoc, il livello di soddisfazione dei portatori d'interesse in relazione alla qualità delle cure assicurata dal percorso.

## **.9 Risorse**

### **.9.1 Centro aziendale di Cura del paziente con dolore**

Nelle more della ridefinizione dell'Atto Aziendale, nel Centro operano, in via sperimentale:

- un medico specialista in anestesista, rianimazione e cura del dolore, al quale è attribuita la responsabilità;
- uno psicologo, psicoterapeuta, specialista ambulatoriale assegnato al S. Tutela della Salute Mentale ed uno psicologo, specialista in psicologia della salute, che effettua nel S. Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane un percorso di rientro con finanziamento congiunto Regione – ASL;
- infermieri, individuati mediante apposita procedura interna.

Le prestazioni erogate dal Centro di cura del paziente con dolore sono fruite dagli interessati previa prenotazione tramite CUP ed il pagamento di quanto dovuto per la compartecipazione alla spesa.

Le attività di counseling psicologico sono ricomprese nella prima visita, mentre le eventuali ulteriori sedute connesse al trattamento breve focalizzato sono fruite dal paziente a seguito di specifica prescrizione da parte del medico curante (previa comunicazione da parte del Centro) e la compartecipazione alla spesa dovuta.

 <b>ASLLanusei</b>	<b>Progetto aziendale</b> anno 2013-2014	Versione 01 Rev.00 <b>del 07.01.2013</b>	Pag. 13 di 16
<b>Ospedale e Comunità senza dolore</b>			

### **.9.2 Formazione**

Le attività formative, a supporto dello sviluppo del progetto, sono previste, e finanziate, nel Piano Formativo annuale come formazione aziendale di tipo strategico – direzionale.

### **.9.3 Percorso del paziente con dolore**

Il coordinamento ed il monitoraggio è assicurato, dal responsabile del progetto, con le necessarie collaborazioni, nell'ambito delle attività istituzionali.

### **.9.4 Comitato Ospedale Territori senza dolore**

La partecipazione alle attività del Comitato Ospedale territorio senza dolore è assicurata, dai componenti, quale attività istituzionale o volontaria.

**Ospedale e Comunità senza dolore**
**.10 Cronoprogramma**

Principali attività	Respon.	Gennaio 2013	Febbraio 2013	Marzo 2013	Aprile 2013	Maggio 2013	Giugno 2013	Settembre 2013	Ottobre 2013	Novembre 2013	Dicembre 2013	Gennaio 2014	Giugno 2014	Settembre 2014	Dicembre 2014
Adozione formale progetto -Revisione Comitato - Adozione sperimentale percorso	DG														
Incontri Comitato	DS														
Sviluppo dell'attività del Centro aziendale di cura del paziente con dolore (assistenza infermieristica e fisioterapica): fase di analisi e studio	TP/RP		FSC	FSC	FSC										
Sviluppo dell'attività del Centro aziendale di cura del paziente con dolore (assistenza infermieristica e fisioterapica): fase di sperimentazione	TP/RP					FSC	FSC	FSC	FSC	FSC					
Sviluppo dell'attività del Centro aziendale di cura del paziente con dolore (assistenza infermieristica e fisioterapica): adozione modello	DG														
Promozione dell'utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore	TP/RP				FSC	FSC	FSC								
Verifica dell'utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore	TP/RP														
Adozione di una cartella clinica integrata con appositi spazi per la registrazione della valutazione e trattamento del dolore: attività formativa a supporto	TP/RP				FSC	FSC	FSC	FSC	FSC	FSC	FSC				
Adozione di una cartella clinica integrata con appositi spazi per la registrazione della valutazione e trattamento del dolore: avvio sperimentazione	TP/RP														
Promozione adozione LLGG dolore acuto	TP/RP						FSC	FSC	FSC						
Promozione dell'utilizzo della documentazione a	TP/RP				FSC	FSC	FSC								



**Ospedale e Comunità senza dolore**
**Allegato I Percorso del paziente con dolore cronico: profilo organizzativo (preliminare)**
