

OGGETTO: Istituzione della Rete regionale dei centri Hub/Spoke per la terapia del dolore in attuazione della Legge del 15 marzo 2010, n. 38. Approvazione del documento: "Individuazione dei centri Hub/Spoke della rete per la terapia del dolore della Regione Lazio".

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(*delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;
- la delibera del Consiglio dei Ministri del 1° dicembre 2014 con la quale l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;

VISTI:

- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- l'Accordo tra il Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome del 24 maggio 2001 sul documento contenente linee-guida inerenti il progetto "Ospedale senza dolore" che ha consentito la realizzazione, a livello regionale, di progetti finalizzati al miglioramento del processo assistenziale rivolto in maniera specifica al controllo del dolore di qualsiasi origine;
- il DPCM del 29 novembre 2001 e successive modificazioni, recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

RICHIAMATI :

- la Legge 38 del 15 marzo 2010 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" che in particolare:
 - . definisce il percorso assistenziale del malato che accede alle cure palliative e alla terapia del dolore;
 - . prevede di definire, mediante intesa su proposta del Ministero della Salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni, e le province autonome di Trento e di Bolzano, "[...] i 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 domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi [...]" (art. 5, comma 3);
 - . prevede che "[...] il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, definiscano le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla presente legge [...]" (art. 3, comma 2);

- l'intesa Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012, ai sensi dell'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;
- l'accordo Rep. Atti 87 del 10.07.2014 ai sensi dell'art. 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore;
- l'intesa Rep. Atti 98/CSR del 5 agosto 2014 sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze concernente il regolamento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che ha individuato, in attuazione della legge 135/2012 standard minimi e massimi per singola disciplina o specialità clinica anche per la disciplina di terapia del dolore;
- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

RICHIAMATI altresì:

- la L.R. n. 4 del del 3 marzo 2003;
- il DCA n. 90 del 10 novembre 2010;
- il DCA n. 8 del 10 febbraio 2011;
- il DCA n. 461 del 15 novembre 2013;
- il DCA n. 169 del 22 maggio 2014;
- il DCA n. 247 del 25 luglio 2014;
- il DCA n. 412 del 26 novembre 2014;
- il DCA n. 169 del 22 maggio 2014;

CONSIDERATO che questa Regione ha operato negli ultimi anni per la definizione delle reti oncologica, terapia del dolore e cure palliative e per la realizzazione del progetto "Ospedale territorio senza dolore" rivolte al trattamento del dolore in ogni suo aspetto, con l'adozione dei seguenti provvedimenti:

- Decreto del Commissario ad acta n. U0059 del 13 settembre 2010 che istituisce la Rete oncologica regionale;
- Decreto del Commissario ad acta n. U0083 del 30 settembre 2010 che istituisce la Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico regionale;
- Decreto del Commissario ad acta n. U0084 del 30 settembre 2010 che istituisce La Rete Assistenziale di Cure Palliative regionale;
- Decreto del Commissario ad acta n. U00088 del 2 marzo 2015 che modifica ed integra il DCA n. 83/2010;
- Decreto del Commissario ad acta n. U0038 del 3 febbraio 2015 che individua i Centri di senologia della Rete oncologica per la gestione del tumore della mammella;

CONSIDERATO che, per il funzionamento delle reti, sono stati costituiti appositi Coordinamenti Regionali presso la Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria con il compito di supporto tecnico-scientifico, per garantire la piena applicabilità e fruibilità della legge 38/2010 ed il miglioramento del processo assistenziale rivolto in maniera specifica al controllo del dolore di qualsiasi origine;

TENUTO CONTO che, negli ultimi anni, il dolore cronico è diventato uno dei disturbi più comuni nella popolazione in generale e che, in alcuni casi, il dolore cronico diventa una vera e propria

malattia ed è così severo da compromettere le capacità lavorative e la vita familiare e sociale di chi ne soffre;

CONSIDERATO che i costi generati dalla patologia di cui si tratta non sono irrilevanti, sia quelli di tipo diretto, legati all'impiego di risorse per la prevenzione, la diagnosi e la terapia, sia quelli di tipo indiretto che riguardano la ridotta capacità lavorativa ed il coinvolgimento dei caregiver;

RILEVATO che la rete per il trattamento del dolore ha lo scopo di prendere in carico le persone affette da dolore persistente secondario a patologie dolorose oncologiche e non oncologiche, prevedendo percorsi assistenziali che comportino un'organizzazione delle competenze e dei servizi in base a livelli differenti di complessità di cura;

DATO ATTO che il paziente in età pediatrica affetto da forme complesse di dolore cronico non risolvibili dal Pediatra di Libera Scelta o in ambito ospedaliero, deve essere trattato dal Centro di Riferimento della Rete di Cure Palliative Pediatriche e del Dolore Pediatrico, in coerenza con l'Intesa CSR del 25 luglio 2012, che la Regione Lazio ha individuato, con DCA n. U00169 del 22 maggio 2014, nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma;

RITENUTO che, alla luce delle più recenti indicazioni nazionali, vi è la necessità di rivedere il documento di organizzazione della rete assistenziale per la terapia del dolore regionale approvato nel 2010 con DCA n. U0083, sia in termini di organizzazione delle competenze e dei servizi, sia in termini di individuazione delle strutture che fanno parte della rete assistenziale;

VISTE le determinazioni nn. G12972/2014 e G01276/2015 di costituzione, nomina e modifica dei componenti del Coordinamento regionale per la riorganizzazione della rete del dolore al quale è stato affidato il compito di definire una proposta di organizzazione della rete regionale, secondo le Linee Guida Nazionali;

CONSIDERATO che la proposta è stata condivisa nel corso delle riunioni del Coordinamento regionale con i referenti delle Aree Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca e Programmazione dei Servizi Territoriali, che ne hanno valutato la coerenza con gli indirizzi approvati in sede di Conferenza Stato Regioni e con la programmazione regionale, in particolare dove prevede:

- l'organizzazione della rete secondo un modello a più livelli (Hub e Spoke) in base alle competenze e ai servizi offerti;
- la definizione del ruolo e delle funzioni per ogni livello assistenziale;
- la verifica del possesso dei requisiti minimi, delle modalità organizzative e di personale previsti dalle richiamate linee guida nazionali e dai requisiti di accreditamento regionale;

RILEVATO che il numero dei centri di terapia del dolore è determinato in base agli standard definiti dal DM 2 aprile 2015, n. 70;

RILEVATO che i centri Hub/Spoke della rete sono stati individuati in base ai criteri illustrati nel documento allegato al paragrafo V (Criteri per la selezione dei centri);

ATTESO che i Medici di Medicina Generale partecipano alla rete per la terapia del dolore attraverso forme di organizzazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la medicina generale per dare la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni della persona con dolore;

RITENUTO pertanto di prevedere con successivo atto la costituzione di un apposito Tavolo di lavoro

con i rappresentanti dei MMMMGG per la definizione dei percorsi diagnostico terapeutici e riabilitativi che assicurino la presa in carico e assistenza del paziente dal livello territoriale a quello ospedaliero;

RITENUTO per quanto illustrato in premessa, di approvare il documento “Individuazione dei centri Hub/Spoke della rete per la terapia del dolore della Regione Lazio” parte integrante e sostanziale al presente provvedimento redatto dal Coordinamento regionale per la riorganizzazione della Rete del dolore;

RITENUTO di dare mandato alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere di mettere in atto i provvedimenti e gli atti necessari per dare operatività al presente provvedimento allo scopo di sostenere l’organizzazione della rete assistenziale di terapia del dolore così come prevista dal presente provvedimento;

RICHIAMATE le disposizioni ed i principi contenuti in premessa;

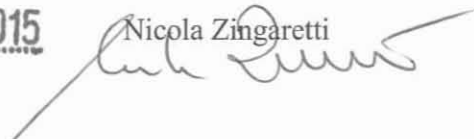
DECRETA

- Di istituire la Rete regionale dei centri Hub/Spoke per la terapia del dolore, in attuazione della Legge del 15 marzo 2010, n. 38;
- Di approvare il documento “Individuazione dei centri Hub/Spoke della Rete per la terapia del dolore della Regione Lazio” allegato al presente decreto per formarne parte integrante e sostanziale che contiene l’organizzazione della rete, la definizione dei centri e la loro classificazione funzionale;
- Di stabilire che il numero dei centri Hub/Spoke della rete è determinato in base agli standard definiti dal DM 2 aprile 2015, n. 70;
- Di prevedere, con successivo atto, la costituzione di un apposito Tavolo di lavoro con i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale per la definizione dei percorsi diagnostico terapeutici e riabilitativi che assicurino la presa in carico e assistenza del paziente dal livello territoriale a quello ospedaliero;
- Di dare mandato alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere di mettere in atto i provvedimenti e gli atti necessari per dare operatività al presente provvedimento allo scopo di sostenere l’organizzazione della rete assistenziale di terapia del dolore;
- Di pubblicare il presente decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio, nonché di renderlo noto sul sito web della Regione Lazio all’indirizzo www.regione.lazio.it nel link dedicato alla sanità.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al Tribunale amministrativo Regionale del Lazio entro 60 giorni dalla sua pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni dalla sua pubblicazione.

Roma, il 27 NOV. 2015

Nicola Zingaretti





REGIONE
LAZIO



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Allegato "1" al DECRETO N. 000568/2015

INDIVIDUAZIONE DEI CENTRI HUB/SPOKE DELLA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE DELLA REGIONE LAZIO

INDICE

PREMESSA.....	2
I. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE.....	3
II. IL COORDINAMENTO REGIONALE.....	4
III. TIPOLOGIA DEI PAZIENTI E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ.....	4
IV. FABBISOGNO TERRITORIALE DI CENTRI PER LA TERAPIA DEL DOLORE.....	5
V. CRITERI PER LA SELEZIONE DEI CENTRI.....	6
VI. CENTRI HUB E SPOKE DELLA RETE.....	8
VII. REQUISITI MINIMI DEI CENTRI HUB/SPOKE DELLA RETE.....	11
VIII. IL RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE.....	13
IX. FORMAZIONE.....	13
X. COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE AGLI UTENTI.....	14

PREMESSA

L'obiettivo della Terapia del dolore è quello di garantire interventi diagnostici e terapeutici alle persone affette da dolore, indipendentemente dalla eziopatogenesi, volti a individuare e applicare, alle forme morbose croniche, idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative per il controllo del dolore riducendo il grado di disabilità della persona e favorendone il reinserimento nel contesto sociale e lavorativo.

L'obiettivo della Rete per la Terapia del dolore, è quello di garantire la continuità assistenziale della persona in tutte le fasi della malattia, sia in ambito ospedaliero che delle cure primarie.

La Rete è costituita dall'insieme delle competenze professionali dei professionisti delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali in grado di assicurare interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi appropriati al controllo del dolore. Particolare importanza assume l'integrazione della Rete per la terapia del dolore con la Rete delle cure palliative e con le altre Reti di patologia, in particolare con la Rete oncologica.

Il trattamento del Dolore si è sviluppato, avendo come riferimento i Servizi di Anestesia e Rianimazione, ed in relazione al D.D.G. Sanità n. 23454 del 30 dicembre 2004 "Determinazioni per la costituzione del Comitato Ospedale Senza Dolore (COSP) presso le strutture sanitarie di ricovero e cura" e l'adozione del "Manuale applicativo per la realizzazione dell'ospedale senza dolore". Tuttavia, lo sviluppo dei Centri esistenti, necessita di un ulteriore rafforzamento all'interno delle logiche di rete e di sistema. In particolare devono essere meglio definiti gli aspetti relativi all'utenza potenziale, ai criteri e modalità di accesso, ai livelli organizzativo/gestionali, alla distribuzione dei Centri sul territorio, alla verifica dei requisiti di accreditamento, al sistema di monitoraggio ed ai relativi indicatori, ai percorsi formativi e professionali del personale operante nella rete, alle campagne informative alla popolazione.

Il presente documento definisce le linee di indirizzo per lo sviluppo della rete della Terapia del dolore nella Regione Lazio e l'organizzazione della rete stessa, in coerenza con le indicazioni adottate a livello nazionale e con la programmazione regionale.

I. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE

La terapia del dolore è garantita attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza dalle seguenti figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo: medico specialista in anestesia e rianimazione, medico di medicina generale, specialisti in geriatria, neurologia, oncologia, pediatria, radioterapia, infermieri, psicologi clinici e tramite il supporto dei medici specialisti in fisioterapia, medicina interna, neurochirurgia, ortopedia, radiologia e reumatologia.

L'intesa Rep. N. 151/CSR del 25 luglio 2012, con cui vengono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture per la terapia del dolore, ai sensi della L. 15 marzo 2010, n. 38, art. 3, individua i nodi della rete:

- Ambulatori dei Medici di Medicina Generale
- Centri di Terapia del dolore di primo Livello Ospedalieri/Ambulatoriali (SPOKE)
- Centri di Terapia del dolore di secondo Livello solo Ospedalieri (HUB)

Il centro Hub di terapia del dolore deve operare a supporto dell'attività degli Spoke, nel rispetto del principio di appropriatezza e di competenza clinica, condividendo procedure e linee guida per la cura dei pazienti colpiti da dolore cronico oncologico e non oncologico. Deve svolgere, inoltre, un ruolo di monitoraggio dei processi di cura particolarmente complessi, secondo i principi di sicurezza, efficacia ed efficienza.

I professionisti dei diversi nodi della rete operano secondo Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi e formalizzati. La continuità assistenziale deve essere supportata da sistemi informatici che consentono la condivisione delle informazioni tra i professionisti della Rete.

Si integrano nella Rete tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia e riabilitazione di patologie dolorose croniche. I differenti livelli della Rete devono operare secondo una gradazione di complessità di prestazioni da erogare da un setting ambulatoriale fino ad arrivare a quello di ricovero in regime ordinario. Sono quindi possibili:

1. interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, psicologici, strumentali, chirurgici variamente integrati, erogabili esclusivamente in regime ambulatoriale;
2. interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità (farmacologici, chirurgici, strumentali, psicologici variamente integrati) erogabili esclusivamente in regime di ricovero ordinario, di Day Hospital e di Day Surgery.

Va sottolineato che la Rete per la Terapia del Dolore deve operare in stretta correlazione funzionale con la Rete di Cure Palliative (Adulti e Pediatrica) e con le altre Reti di Patologia, in particolare la Rete Oncologica.

II. IL COORDINAMENTO REGIONALE

La Rete per la Terapia del Dolore si avvale di una Struttura di Coordinamento Regionale, istituita presso la Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, che, in linea con quanto indicato dagli accordi stipulati in sede di Conferenza Stato Regioni:

- concorre al monitoraggio del sistema informativo regionale sulla Terapia del Dolore e dello stato di attuazione della Rete (art.9 comma 1 della L.38/2010);
- concorre al controllo della qualità delle prestazioni erogate e alla valutazione dell'appropriatezza, da prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento;
- promuove programmi di formazione continua coerentemente con quanto previsto dall'art . 8 comma 2 della legge 38/2010;
- elabora linee di indirizzo per lo sviluppo di PDTA su singole condizioni cliniche;
- elabora, ove richiesto, proposte di revisione del nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di Terapia del dolore effettuabili negli Ambulatori specialistici;
- sviluppa, in base alle evidenze acquisite in ambito scientifico, proposte di modifica ed integrazione delle principali prestazioni e procedure diagnostiche e terapeutiche da attribuire ai due livelli Hub e Spoke.

La Struttura regionale di coordinamento della Rete per la Terapia del Dolore si integra con quelle, analoghe, per la Rete delle Cure Palliative e per le Reti di patologia, in particolare con la Rete Oncologica.

III. TIPOLOGIA DEI PAZIENTI E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

Nella pratica clinica corrente vengono definiti "Pazienti con dolore cronico" tutti coloro che per periodi prolungati della loro vita, ma a volte anche per sempre, soffrono di dolore incontrollato. La continua presenza del dolore, a volte moderato e a volte intenso, spesso evidente conseguenza di una patologia cronica ma anche generato da complessi meccanismi tuttora poco conosciuti, interferisce con lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana da un punto di vista fisico, psicologico e sociale. Questi soggetti richiedono professionisti con competenze specifiche al fine di diagnosticare, fin dalle prime fasi, i meccanismi che sostengono il dolore, di attuare scelte terapeutiche idonee e di intervenire sugli elementi responsabili della patologia dolorosa.

Poco numerose sono le indagini epidemiologiche in grado di definirne la reale dimensione del numero di persone con dolore cronico. Una survey (1) condotta in Europa mediante intervista telefonica a 46.000 persone di 15 Paesi ha fornito stime di dati di prevalenza, severità, modalità di

trattamento e impatto del dolore cronico. Da tale indagine si evince che circa un quinto (19%) della popolazione adulta europea soffre di dolore cronico; l'Italia si colloca ai primi posti con una prevalenza del 26%, dopo la Norvegia (30%) e la Polonia (27%). La valutazione multidisciplinare del dolore cronico è oggi sostenuta da numerose prove di efficacia (2-3). Tale approccio prende in esame aspetti psicosociali e comportamentali, oltre che strettamente clinici e farmacologici, anche se occorrono ricerche più approfondite per valutare il livello di efficacia reale legato ai vari trattamenti.

Il paziente in età pediatrica affetto da forme complesse di dolore cronico non risolvibili dal Pediatra di Libera Scelta o in ambito ospedaliero, dovrà essere trattato dai Centri di Riferimento della Rete di Cure Palliative Pediatriche e del Dolore Pediatrico, in coerenza all'Intesa CSR 25 luglio 2012.

1. Brevik H, Collet B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10(4):287-333.

2. WHO. WHO normative guidelines on pain management report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO. Geneva: 2007.

3. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, et al. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology* 2008;47(5):670-8.

IV. FABBISOGNO TERRITORIALE DI CENTRI PER LA TERAPIA DEL DOLORE

La distribuzione e il numero delle strutture pubbliche Hub e Spoke afferenti la rete regionale per la Terapia del Dolore viene determinata in base agli standard di soglia massima individuati nel DM 2 aprile 2015 n. 70 che prevede:

- un centro ospedaliero ogni 2.500.000 abitanti;
- un centro territoriale ogni 300 mila abitanti.

Nella Tabella 1 è riportato il fabbisogno di centri spoke ambulatoriali per area distrettuale per il comune di Roma e per ASL per il resto della regione. In base al fabbisogno calcolato sulla popolazione residente vengono previsto 21 centri ambulatoriali di cui 9 collocati nella città Roma. Al fine di assicurare la massima accessibilità della popolazione residente viene individuato un ambulatorio anche nella provincia di Rieti, pur in mancanza dello standard di bacino di popolazione previsto.

Si conferma il fabbisogno di 2 centri ospedalieri per una popolazione di circa 6 milioni di abitanti.

Tabella 1- Fabbisogno di centri ambulatoriali di Terapia del dolore per Municipio ed ASL

DISTRETTI / ASL	RESIDENTI	SPOKE
I, II, III	566.713	2
IV, V, VI	679.450	2
VII, VIII, IX	615.762	2
X, XI, XII, Fiumicino	596.608	2
XIII, XIV, XV	479.644	2
RMF	323.595	1
ASL RM/G	497.690	2
ASL RM/H	561.782	2
ASL VITERBO	322.195	1
ASL RIETI	159.670	1
ASL LATINA	569.664	2
ASL FROSINONE	497.678	2
TOTALE	5.870.451	21

V. CRITERI PER LA SELEZIONE DEI CENTRI

Su richiesta della Regione, nel periodo ottobre/dicembre 2014, è stata effettuata una indagine da parte dei due centri Hub (Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata), individuati con il DCA 83/2010, finalizzata a valutare le caratteristiche degli ambulatori attualmente operanti.

Per ciascun centro è stata compilata una scheda contenente le seguenti informazioni:

- collocazione del centro (in presidio ospedaliero o poliambulatorio specialistico);
- disponibilità di posti letto di ricovero ordinario e DH;
- ore e giorni settimanali dedicati alla terapia del dolore;

- modalità di accesso e reperibilità h24;
- anestesisti dedicati;
- numero di prestazioni per livello di complessità.

Ad integrazione del quadro fornito dall'indagine conoscitiva, sono stati analizzati in sede di Coordinamento, i volumi di prestazioni per centro, documentate nei Sistema Informativo della Specialistica Ambulatoriale (SIAS) ed Ospedaliero (SIO) riferite all'anno 2014. In tabella 2 sono riportati i codici analizzati in quanto ritenuti maggiormente "tipici" di un centro di terapia del dolore.

Tabella 2- Elenco codici prestazioni tipiche di un centro di terapia del dolore

Regime ambulatoriale

03.90	Inserzione di catetere nel canale spinale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative (branca anestesia)
03.91	Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia (branca anestesia + branca neurochirurgia)
03.92	Iniezione di altre sostanze nel canale vertebrale per analgesia (branca anestesia + branca neurochirurgia)
04.81.1	Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia (branca anestesia)
04.81.2	Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia (branca anestesia)
05.31	Iniezione di anestetico in nervi simpatici per analgesia (branca anestesia + branca neurochirurgia)

Regime di ricovero (ordinario, DH e DS)

03.21	Cordotomia percutanea
03.6	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi (neurolisi)
03.9	Altri interventi sul midollo spinale e strutture del canale spinale
03.90	Inserzione di catetere nel canale spinale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative . Inserzione di cateteri epidurale subaracnoideo, con infusione continua o intermittente di farmaci (con creazione di un serbatoio).
03.93	Collocazione o sostituzione di neurostimolatori spinali
03.94	Rimozione di neurostimolatori spinali
03.96	Denervazione percutanea della faccetta articolare
04.2	Demolizione di nervi cranici e periferici mediante crioanalgesia, iniezione di agenti neurolitici o radiofrequenza
04.49	Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli, o separazione di aderenze
80.59	Altra distruzione disco intervertebrale
81.65	Vertebroplastica
81.66	Cifoplastica

Dall'indagine e dall'analisi degli archivi dei due Sistemi Informativi è inoltre emerso che alcuni centri, pur erogando un numero piuttosto elevato di prestazioni in regime ospedaliero, non svolgono attività ambulatoriale tipica della funzione di Spoke come previsto dall'Intesa CSR 25 luglio 2012. In aggiunta si è riscontrato con una certa frequenza una inappropriata organizzazione di prestazioni di ricovero trattabili invece in regime ambulatoriale.

Oltre agli aspetti organizzativi ed ai volumi per prestazione, nella individuazione dei centri Spoke, si è tenuto conto:

- della localizzazione territoriale;
- degli investimenti già sostenuti dalle Aziende rispetto alla implementazione di tali servizi;
- della dotazione organizzativa e strumentale in uso.

VI. CENTRI HUB E SPOKE DELLA RETE

Nella tabella 3 viene mostrato il nuovo assetto della rete del dolore.

- Al Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata di Roma, viene confermata la funzione di centro Hub nel rispetto del fabbisogno di un centro ogni 2,5 milioni di abitanti.
- Al Policlinico Umberto I afferiscono 11 centri spoke di cui 6 collocati nel Comune di Roma Capitale.
- Al Policlinico Tor Vergata afferiscono 10 centri spoke di cui 4 collocati nel Comune di Roma Capitale.
- I centri degli Ospedali Sandro Pertini di Roma, Giovan Battista Grassi di Ostia, San Paolo di Civitavecchia, Santa Maria Goretti di Latina, Santissima Trinità di Sora e F. Spaziani di Frosinone, pur presentando volumi di prestazioni “tipiche” non adeguati, vanno qualificati sia in termini strutturali che organizzativi al fine di assicurare una risposta assistenziale alle aree territoriali di competenza.
- Considerate le loro caratteristiche, i volumi di attività delle prestazioni “tipiche” e l’esperienza consolidata in alcuni ambiti di maggiore complessità, l’A.O. San Giovanni-Addolorata e l’A.O. Sant’Andrea sono riconosciuti come centri di riferimento della rete per la tecnica di neuromodulazione, l’IRCCS I.F.O. ed il S. Filippo Neri per le tecniche invasive su pazienti oncologici e il centro S. Caterina della Rosa e l’A.O. San Camillo per le tecniche invasive su pazienti non oncologici.

Tabella 3 - Centri Hub/Spoke della Rete per la Terapia del Dolore della Regione Lazio

HUB	MUNICIPI / ASL	SPOKE
Policlinico Umberto I	I, II, III	A. O. San Giovanni - Addolorata P. T. P. Nuovo Regina Margherita
	X, XI, XII, Fiumicino	A. O. San Camillo-Forlanini Osp. G. B. Grassi - Ostia
	XIII, XIV, XV	Osp. San Filippo Neri A. O. Sant'Andrea
	RMF	Osp. San Paolo - Civitavecchia
	VITERBO	Osp. Belcolle - Viterbo
	RIETI	Osp. San Camillo De Lellis - Rieti
	LATINA	Osp. Santa Maria Goretti - Latina Distretto Territoriale di Gaeta
Policlinico Tor Vergata	IV, V, VI	Osp. S. Pertinii Presidio Integrato Santa Caterina della Rosa
	VII, VIII, IX	A. O. Sant'Eugenio I. F. O.
	RMG	Osp. Parodi Delfino - Colferro Osp. San Giovanni Evangelista - Tivoli
	RMH	Osp. di Anzio-Nettuno Osp. De Santis - Genzano
	FROSINONE	Osp. Umberto I - Frosinone Osp. SS. Trinità - Sora

CENTRI SPOKE NEL TERRITORIO DI ROMA CAPITALE



	Residenti
■ S. Andrea - S. Filippo Neri	479.644
■ S. Giovanni-Addolorata - Nuovo Regina Margherita	566.713
■ S. Pertini - S. Caterina della Rosa	679.450
■ S. Camillo-Forlanini - G.B. Grassi (Ostia)	596.680 (compreso Fiumicino)
■ S. Eugenio - I. F. O.	615.762

VII. REQUISITI MINIMI DEI CENTRI HUB/SPOKE DELLA RETE

L'Intesa, Rep. 151/CSR del 25 luglio 2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, ha definito i 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.

Le strutture devono inoltre rispondere ai requisiti di accreditamento regionali (L.R. 4/2002, R.R. 2/2007, DCA 90/2010 e DCA 8/2011).

Centro Spoke – Primo Livello - territoriale/ospedaliero

Requisiti strutturali: rispondono ai requisiti di accreditamento regionale per le strutture ambulatoriali ad indirizzo chirurgico.

Requisiti tecnologici-organizzativi: rispondono ai requisiti di accreditamento regionale per le strutture ambulatoriali ad indirizzo chirurgico.

Attività minima: devono essere garantite almeno 18 ore settimanali per pazienti esterni.

Personale: nel Centro deve operare almeno un Anestesista Rianimatore dedicato all'attività di Terapia del Dolore, supportato da una procedura organizzativa che garantisca la presenza di un Infermiere esperto durante lo svolgimento dell'attività invasiva.

Prestazioni: eroga tutte le prestazioni di Terapia del dolore previste in regime ambulatoriale.

Garantisce una tempestiva attività di Consulenza Ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione).

Garantisce consulenza antalgica per pazienti in Assistenza Domiciliare per i pazienti non deambulanti e laddove ritenuto indispensabile.

Documentazione e Procedure: il percorso assistenziale deve essere documentato. Nella Cartella clinica ambulatoriale vanno registrati: Inquadramento diagnostico, Valutazione del dolore con scale validate, Piano terapeutico, Consenso/i, Valutazione dell'efficacia del trattamento, Follow-up.

Vanno definite procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal centro. Vanno definite formalmente le procedure di interfaccia con i MMMMG, gli altri Centri di Terapia del Dolore, le Reti di Patologia e le strutture che erogano attività specialistiche per patologie dolorose di specifica competenza. Viene attivata la raccolta

standardizzata dei dati per il set di indicatori da monitorare per gli audit interni e per rispondere al debito informativo nazionale.

Viene garantito l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della "Qualità percepita" da parte del paziente.

Centro Hub – Secondo Livello - Ospedaliero

Requisiti strutturali: rispondono ai requisiti di accreditamento regionale per le strutture eroganti procedure ambulatoriali invasive (struttura ambulatoriale ad indirizzo chirurgico), procedure invasive ad alta complessità (sala operatoria o sala di diagnostica per immagini) e la Degenza Ordinaria, Day-hospital, Day-surgery.

Requisiti Tecnologici-Organizzativi: rispondono ai requisiti di accreditamento regionale per le strutture eroganti le procedure di cui al punto precedente.

Attività minima: apertura minima del Centro h 12 nei giorni feriali, integrata con sistema di reperibilità h 24. Deve garantire con idonea strumentazione le attività previste. L'attività ambulatoriale per esterni deve essere garantita almeno per cinque giorni la settimana (minimo 30 ore) con erogazione di tutte le prestazioni di Terapia del Dolore previste in tutti i setting assistenziali.

Personale: deve essere disponibile una equipe multi professionale di personale dedicato adeguato all'attività erogata, comprendente almeno 2 Specialisti in Anestesia e Rianimazione, Infermieri e Psicologi in numero e debito orario adeguati alle complessità dei quadri clinici e dei bisogni assistenziali. L'attività in regime di Degenza Ordinaria/Day Hospital e Day Surgery può essere espletata in Strutture autonome e dedicate oppure all'interno di altri ambiti di degenza; in quest'ultimo caso deve essere predisposta una Procedura che descriva le modalità di utilizzo dei posti letto in termini di accessibilità/disponibilità ed una Procedura che regoli la disponibilità della sala operatoria e/o di una sala di diagnostica per immagini. Le prestazioni erogate per pazienti degenti in altre UU.OO. sono comunque da considerare erogate dal Centro ospedaliero di Terapia del Dolore, ai fini della determinazione dei volumi di attività del Centro.

Prestazioni: eroga tutte le prestazioni di terapia del dolore previste in regime ambulatoriale e ospedaliero. Deve garantire attività specialistica diagnostica e terapeutica ad alta complessità nei seguenti ambiti:

- prestazioni specialistiche diagnostiche (es. diagnosi clinico – strumentali del sistema somato sensoriale e autonomo, tecniche diagnostiche evocative, blocchi diagnostici delle vie somato-sensoriali)

- prestazioni specialistiche di alto livello (es. neuro stimolazione spinale e periferica, neuro modulazione spinale farmacologia, neuro lesioni del sistema simpatico e somatico, procedure mininvasive comprese le tecniche endoscopiche)

Garantisce inoltre una tempestiva attività di consulenza ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione). Garantisce consulenza antalgica per pazienti in Assistenza Domiciliare per i pazienti non deambulanti e laddove ritenuto indispensabile.

Documentazione e procedure: il percorso assistenziale deve essere documentato attraverso un registro prestazioni, cartella clinica ambulatoriale, relazione al medico curante comprensiva di richiesta di accertamenti diagnostici, se necessari, e/o di un piano terapeutico elaborato in conformità con il PDTA definito dal coordinamento regionale. Nella Cartella clinica vanno riportati l'inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, piano terapeutico, consenso/i, valutazione dell'efficacia del trattamento, controlli a distanza.

VIII. IL RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

I Medici di Medicina Generale partecipano alla rete per la terapia del dolore attraverso forme di organizzazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la medicina generale che siano in grado di dare la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni della persona con dolore e di indirizzarla, quando necessario, verso i centri Hub/Spoke di riferimento della Rete.

A tal fine sarà costituito apposito Tavolo di lavoro con le Aree Programmazione della Rete Ospedaliera e Programmazione dei Servizi Territoriali e i rappresentanti dei MMMMG per la definizione di percorsi diagnostico terapeutici e riabilitativi che assicurino la presa in carico e assistenza del paziente dal livello territoriale a quello ospedaliero.

IX. FORMAZIONE

Le figure professionali competenti nel campo della terapia del dolore sono individuate all'art. 2 e all'art. 5 dell'Accordo tra lo Stato e le Regioni siglato il 10 luglio 2014 Rep. Atti, n. 87/CSR.

La formazione del personale operante nella Rete della Terapia del Dolore rappresenta un punto fondamentale per l'applicazione della legge 38/2010 e per la sua qualificazione.

I percorsi formativi istituzionali a livello universitario dovranno tener conto di quanto contenuto nei Decreti attuativi di cui all'art.8 comma 1 della Legge 38/2010 del 4 aprile 2012 pubblicati in GU il 16 aprile 2012, ad oggi relativi ai Master Universitari.

La formazione continua sarà definita in base a Piani formativi pluriennali, rivolti innanzitutto agli operatori della Rete.

X. COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE AGLI UTENTI

Al fine della corretta comunicazione e informazione agli utenti, la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, ai sensi dell'art. 4 della Legge 38/2010, parteciperà alle campagne di informazione volte a promuovere e diffondere nell'opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure e della terapia del dolore.

Sarà inoltre attivata sul sito www.regione.lazio.it una sezione dedicata alla Terapia del dolore con specifico riferimento alle modalità e criteri clinici di accesso ai centri della Rete e del loro livello assistenziale negli ambiti specialistici di competenza.