

DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' N. 23454 DEL 30/12/2004

Oggetto: **DETERMINAZIONI PER LA COSTITUZIONE DEL COMITATO OSPEDALE SENZA DOLORE (COSD) PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE DI RICOVERO E CURA E ADOZIONE DEL "MANUALE APPLICATIVO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OSPEDALE SENZA DOLORE".**

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATA la d.c.r. n.VII/462 del 13 marzo 2002 “ Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004”, in particolare il paragrafo “Le cure palliative, la terapia del dolore e gli interventi assistenziali nella fase finale della vita” che individua tra gli obiettivi prioritari la predisposizione di un livello efficiente di interventi di controllo del dolore e degli altri sintomi, attraverso la realizzazione del Comitato Ospedale Senza Dolore presso le Strutture Sanitarie di ricovero e cura;

PRESO ATTO dell’Accordo del 24 maggio 2001 tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto <<Ospedale senza dolore>>, pubblicato nella G.U. n.149 del 29.06.2001;

RICHIAMATO il documento, allegato e parte integrante dell’Accordo del 24 maggio 2001, “Linee guida per la realizzazione dell’Ospedale senza dolore”, che prevede a livello regionale la realizzazione di progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine;

CONSIDERATO che il dolore rappresenta uno dei sintomi principali e più disturbanti per la qualità di vita del malato ed in molte situazioni assume le caratteristiche di vera e propria malattia;

STABILITO pertanto di prevedere nelle Strutture Sanitarie di ricovero e cura percorsi operativi finalizzati sia alla routinaria rilevazione del dolore, acuto e cronico, sia l’attuazione di efficaci sistemi terapeutici;

CONSIDERATO che il Manuale della cartella clinica, strumento volto al miglioramento della qualità dei servizi sanitari erogati, indica tra i parametri vitali da rilevare, quello riferito all’andamento del dolore e prevede, tra gli allegati alla cartella infermieristica, la scheda di rilevazione e controllo del dolore;

CONSIDERATO che con ddgs n. 68557 del 16.09.1998, è stata costituita la rete lombarda HPH, successivamente ratificata con dgr n. VII/215 del 28.06.2000 nell’ambito dell’accordo internazionale inerente “Reti nazionali e regionali dell’HPH (Health Promoting Hospitals)” e che tra le tematiche incluse nel progetto HPH rientra l’Ospedale Senza Dolore (OSD);

VISTO inoltre il ddgs n. 8932 del 27.05.2004 che individua, tra le aree prioritarie su cui avviare progetti HPH , “L’Ospedale Senza Dolore”;

PRESO ATTO che nel 2003 si è costituito un gruppo di lavoro regionale formato da esperti nel settore con l’obiettivo di acquisire le esperienze nel campo al fine di fornire alla Direzione Generale Sanità gli strumenti per programmare un sistema a rete finalizzato a combattere il dolore inutile;

PRESO ATTO altresì che il suddetto gruppo di lavoro ha elaborato un “Manuale applicativo per la realizzazione dell’Ospedale Senza Dolore”, strumento operativo finalizzato a garantire omogeneità assistenziale mediante azioni tese a contrastare il dolore inutile, acuto e cronico e ad attuare gli interventi opportuni per la corretta rilevazione e trattamento dello stesso;

CONSIDERATA l’importanza di favorire l’istituzione del Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) presso le Strutture Sanitarie di ricovero e cura, quale strumento principale per diffondere la cultura della lotta al dolore inutile, acuto e cronico, e per attuare gli interventi opportuni per la corretta rilevazione e trattamento dello stesso, nell’ambito di una strategia di miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine;

TENUTO CONTO che in Regione Lombardia sono stati istituiti i primi Centri italiani di terapia del dolore e Unità di Cure palliative e che la rete delle cure palliative è in fase di avanzata realizzazione;

RAVVISATA pertanto la necessità di impegnare i Direttori Generali, i Commissari Straordinari ed i Legali Rappresentanti delle Strutture di ricovero e cura ad istituire il Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD), quale soggetto funzionale pluridisciplinare e interculturale necessario per contrastare il dolore inutile dei malati ricoverati presso le Strutture Sanitarie, nonché a realizzare uno specifico processo formativo del personale nell’ambito dei Programmi aziendali ed opportuni programmi informativi alla popolazione;

STABILITO che i Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) utilizzino quale strumento operativo il Manuale applicativo per la realizzazione dell’Ospedale Senza Dolore, allegato al presente atto;

RITENUTO di costituire, con successivo decreto, un Organismo di coordinamento finalizzato a verificare l’utilizzo del Manuale applicativo, lo stato di avanzamento del Progetto Ospedale Senza Dolore presso le Strutture sanitarie di ricovero e cura e di definire proposte operative sulla base delle esperienze sviluppatesi in ambito regionale;

VISTO l’art. 17 della L.R. 23.7.1996, n.16 e successive modificazioni e integrazioni, che individua le competenze ed i poteri dei Direttori Generali;

VISTA la d.g.r. n.VII/4 del 24.5.2000 “Avvio della VII legislatura. Costituzione delle Direzioni Generali e nomina dei Direttori Generali” e successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la d.g.r. n.VII/11699 del 23.12.2002 “Disposizioni a carattere organizzativo (4° provvedimento 2002)” e successive modificazioni, con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore Generale della Direzione Generale Sanità al Dr. Carlo Lucchina;

RILEVATA la necessità di disporre la pubblicazione del presente atto, completo degli allegati, sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Sanità;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

ART. 1

di approvare il “Manuale applicativo per la realizzazione dell’Ospedale Senza Dolore”, allegato al presente provvedimento di cui è parte integrante e sostanziale;

ART. 2

di impegnare i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere, i Commissari Straordinari ed i Rappresentati Legali delle Strutture di ricovero e cura ad istituire il Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) nonché ad inserire nell'ambito dei Programmi di formazione dell'Azienda, relativamente all'obiettivo qualità della cura, uno specifico processo formativo per il personale sanitario ed opportuni programmi informativi alla popolazione, secondo gli indirizzi contenuti nel manuale;

ART. 3

di stabilire che il Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD), utilizzi quale strumento operativo il "Manuale applicativo per l'Ospedale Senza Dolore";

ART. 4

di provvedere, con successivo decreto, alla costituzione di un Organismo di Coordinamento finalizzato a verificare l'utilizzo del Manuale Applicativo, lo stato di avanzamento del progetto Ospedale Senza Dolore presso le Strutture Sanitarie di ricovero e cura e di definire proposte operative sulla base delle esperienze sviluppatesi in ambito regionale;

ART. 5

di disporre la pubblicazione del presente atto, completo degli allegati, sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Sanità.

Carlo Lucchina

MANUALE APPLICATIVO

PER LA REALIZZAZIONE

DELL'OSPEDALE SENZA DOLORE

INTRODUZIONE

La diffusione del controllo e del trattamento del dolore rappresenta un obiettivo ormai strategico nella programmazione sanitaria sia nazionale sia regionale.

La cultura del diritto a non soffrire inutilmente si sta affermando anche nel nostro Paese, che ha visto da molti anni nascere e svilupparsi esperienze d'avanguardia nei settori della terapia del dolore e delle cure palliative.

La Regione Lombardia da diverso tempo ha assunto una posizione di leadership in quest'area; in particolare già nel 1982 è nata presso l'Università degli Studi di Milano la prima Cattedra Universitaria di Fisiopatologia e Terapia del Dolore, diretta dal Prof. Mario Tiengo e nel 1981 è stata creata la prima Unità di Cure Palliative e Terapia del Dolore, presso l'Istituto Nazionale per la Cura dei Tumori, diretta dal Prof. Vittorio Ventafridda.

Una notevole attività legislativa e programmatica nel settore, iniziata a metà degli anni '80, ha raccolto le esperienze pilota ed ha avviato lo sviluppo di una rete regionale ospedaliera e territoriale di Centri di Terapia del Dolore e di Unità di Cure Palliative, rete che, in costante crescita quali-quantitativa, è considerata la più avanzata in Italia sia in termini assoluti che in relazione alla popolazione residente.

La Lombardia, con oltre 9 milioni di abitanti, dispone pertanto di 193 Strutture di ricovero e cura, per un totale di 50.411 posti letto, (5,5 posti letto ogni 1.000 abitanti). Negli ultimi 5 anni si è realizzata una rete di cure palliative che, ad oggi, può contare su 26 Unità di Cure Palliative (U.C.P.), dotate di 341 posti letto di degenza (Hospice ospedalieri) e di 6 Hospice socio-sanitari dotati di 71 posti letto, per 414 posti letto complessivi. Il tasso attuale di 0,46 p.l. hospice ogni 10.000 abitanti è destinato ad aumentare nei prossimi anni, in quanto sono in fase di realizzazione 30 strutture di degenza per malati terminali, finanziate con i fondi della Legge n.39/99 (15 strutture sanitarie e 15 socio-sanitarie). La rete delle cure palliative dispone inoltre di attività domiciliari nell'ambito dell'A.D.I. nella maggior parte delle 15 A.S.L.: 2 esperienze hanno le caratteristiche organizzative della Ospedalizzazione domiciliare in cure palliative. Va infine tenuto presente che sono oltre 23 le strutture di erogazione di terapia del dolore (Centri, Strutture Semplici, Ambulatori specialistici). Molti Ospedali, anche se il dato preciso ancora non è disponibile, si sono dotati di protocolli locali per il trattamento del dolore post-operatorio.

In merito alla programmazione di interventi che migliorino ulteriormente l'attuale scenario caratterizzato da un ritardo culturale generale rispetto alle tematiche del trattamento del dolore e del diritto a non soffrire inutilmente, particolare importanza assume la creazione di una rete sanitaria nella quale vengano adottati strumenti atti ad offrire alla popolazione malata una risposta qualificata, motivata ed omogenea su tutto il territorio regionale.

Certamente, oltre alla già citata implementazione della rete delle cure palliative, avviata dalla Legge nazionale n.39/99, un'altra progettualità ha assunto un ruolo centrale nel raggiungimento degli obiettivi precedentemente citati: il Progetto Ospedale Senza Dolore.

La verifica, realizzata attraverso rigorose ricerche "sul campo" (Visentin, 1999; Costantini, 2000) ha dimostrato che nell'Ospedale italiano, luogo storicamente e strutturalmente deputato alla cura globale della persona malata, oltre il 60 % soffre per un dolore fisico non trattato, ma trattabile con efficacia attuando procedure terapeutiche caratterizzate da forte evidenza scientifica. Ciò ha portato all'approvazione da parte della Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministero della Salute, del documento inerente il Progetto Linee Guida per la Realizzazione dell'Ospedale Senza Dolore (Accordo del 24 Maggio 2001, pubblicato sulla G.U. 29/06/2001) (Appendice/2).

Questo importante atto, realizzato grazie ai precedenti lavori della Commissione Ministeriale diretta dal Prof. Vittorio Ventafridda, ha inteso stimolare le Regioni a istituire presso ciascuna

Struttura di Ricovero e Cura, un nuovo Soggetto funzionale, interprofessionale e interculturale, il Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD). Il COSD, secondo quanto indicato nelle Linee Guida, è nello stesso tempo motore e garante della realizzazione delle strategie atte a raggiungere l'obiettivo principale precedentemente delineato: il controllo del dolore all'interno delle Strutture di ricovero e cura.

Una rilevazione corretta e costante del sintomo dolore con scale validate e di semplice applicazione e comprensione, trattamenti pronti e corretti in base a protocolli elaborati sulla base delle evidenze, formazione del personale, informazione della popolazione, verifica dei risultati, sono i cardini della realizzazione del Progetto. Ciò porterà sicuramente a modifiche positive in importanti settori di sofferenza attuale, quali quello oncologico, degenerativo osteo-articolare, post-operatorio, negli eventi collegati all'emergenza-urgenza (ad es. politraumi, ustioni). I risultati virtuosi conseguenti alla realizzazione del Progetto contribuiranno sicuramente a ridurre la sofferenza di fasce deboli della popolazione, quale quella pediatrica e geriatrica.

L'applicazione delle Linee Guida a livello regionale non esaurirà, anzi rafforzerà, il processo più generale di sensibilizzazione degli operatori sanitari e socio sanitari inseriti in tutta la rete assistenziale, non solo ospedaliera, rispetto a quanto ad oggi si può offrire ai malati affetti da dolore acuto e cronico. In altri termini una corretta applicazione delle Linee Guida offrirà strumenti operativi importanti a chi opera nelle reti territoriali, ai medici di medicina generale, agli operatori dei distretti e all'interno del network socio sanitario.

La Regione Lombardia ha previsto la realizzazione del Progetto Ospedale Senza Dolore nel Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 tra le "Linee di Intervento prioritario-Gli obiettivi di salute e di benessere sociale". Al capitolo del PSSR, dedicato a "Le cure palliative, la terapia del dolore e gli interventi assistenziali nella fase finale della vita", viene affermato che *"...nell'ambito di una strategia di miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine, verrà data attuazione ad un progetto regionale per la realizzazione di Comitati per l'Ospedale Senza Dolore presso le Strutture Sanitarie regionali"* (Appendice/3).

La Regione Lombardia ha previsto che il dolore sia uno dei parametri vitali da inserire con specifica grafica all'interno della cartella clinica (D.G. Sanità, 2001, Manuale della Cartella Clinica, pag.18 e pag. 26). Si tratta di una forte raccomandazione verso la creazione di uno strumento operativo fondamentale nel processo di trattamento del dolore: la fase di valutazione secondo sistemi condivisi e comuni.

Con riferimento alle Linee Guida nazionali, proprio per garantire una loro applicazione reale, la Regione ha inteso utilizzare l'esperienza in atto, avviata nel 2000, nel settore dell'Ospedale Senza Dolore, all'interno della più ampia progettualità della rete Health Promoting Hospital (HPH) (Capitolo 2). Si è ritenuto, in altri termini, di valutare a fondo esperienze pilota già iniziate presso alcune Strutture Sanitarie prima di estendere il processo di sviluppo su scala regionale.

A tutt'oggi infatti risultano istituiti formalmente nove Comitati Ospedale Senza Dolore (A.O. della Provincia di Lodi; A.O. Ospedale di Circolo "Fondazione Macchi" di Varese; A.O. "Istituti Ospitalieri" di Cremona; A.O. "Ospedali Riuniti" di Bergamo; A.O. "S. Gerardo" di Monza; Clinica S. Carlo di Paderno Dugnano; A.O., Ospedale di Lecco; A.O. "S. Paolo" di Milano; "Istituto Europeo di Oncologia" di Milano) e numerose sono le iniziative ormai realizzate nel settore della formazione del personale e nell'informazione della popolazione. L'esperienza accumulata in questi ultimi cinque anni in alcune Strutture Sanitarie sia pubbliche sia private accreditate, ha rappresentato e rappresenta un utile punto di partenza per analizzare criticità, per evitare errori di sviluppo e per ottimizzare i risultati su scala più ampia.

Proprio tra i Soggetti partecipanti alla Sperimentazione HPH si è costituito un Gruppo di Lavoro, che ha iniziato i lavori nel 2002 ed il cui progetto principale è stato di elaborare il “Manuale applicativo per la realizzazione dell’Ospedale Senza Dolore”.

Tale documento è il risultato di un confronto comune avvenuto dall’analisi dei testi elaborati dopo 16 incontri del Gruppo di lavoro e di ulteriori incontri di sottogruppi costituiti per affrontare specifici argomenti (ad es. misura del dolore, formazione, informazione, terapia).

Il Documento inoltre vuole rappresentare la base sulla quale le Strutture Ospedaliere potranno realizzare le attività dei Comitati Ospedale Senza Dolore, sviluppandone l’operatività secondo modalità comuni; ciò potrà garantire il raggiungimento dell’obiettivo principale: monitorare e trattare in modo adeguato il dolore inutile delle persone assistite all’interno delle Strutture Sanitarie anche attraverso la realizzazione dei COSD presso ciascuna di esse.

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro Furio Zucco

2 - IL PROGETTO HPH PER L'OSPEDALE SENZA DOLORE

a) Background del programma HPH europeo

Come già precisato nella Introduzione, il Progetto Ospedale Senza Dolore è inserito nel più ampio programma degli “*Ospedali per la promozione della salute*” (Health Promoting Hospital – HPH), promosso dall’Ufficio Europeo dell’OMS, già negli anni ’80.

La finalità generale del Programma HPH è quella di migliorare la qualità dell’assistenza ospedaliera incorporando nella struttura organizzativa dell’ospedale, nella sua cultura e nei comportamenti quotidiani, i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute; quest’ultima intesa come processo che “*mette in grado le persone e le comunità di aumentare il controllo della propria salute*” (*Carta di Ottawa, 1996*). Il programma ha avuto tre importanti fasi:

- 1) la fase di avvio, prolungatasi fino al 1992, durante la quale è stata prodotta la prima elaborazione teorica che riassume i principi e alcune indicazioni pratiche per gli ospedali che vogliono promuovere la salute (*la Dichiarazione di Budapest, 1991*);
- 2) la fase di sperimentazione, dal 1992 al 1997, realizzata con il coinvolgimento di 20 ospedali pilota provenienti da 11 paesi europei (per l’Italia, l’Ospedale di Padova e l’Ospedale Buzzi di Milano) i quali si sono impegnati con l’Organizzazione Mondiale Sanità (OMS) a sviluppare nel quinquennio almeno 5 progetti di promozione della salute e ad attivare espliciti meccanismi di valutazione e di reporting all’interno e all’esterno delle strutture. (Al termine di questa fase sono state pubblicate *Le Raccomandazioni di Vienna sugli Ospedali per la Promozione della salute, 1997*). I buoni risultati ottenuti da questi ospedali, la richiesta di un gran numero di ospedali di partecipare all’iniziativa e l’interesse manifestato dagli Stati, hanno indotto l’Ufficio Europeo OMS a sviluppare l’iniziativa;
- 3) la terza fase del programma, che va dal 1997 ad oggi, è caratterizzata dallo sviluppo delle Reti HPH nazionali e regionali, quale naturale evoluzione delle prime due fasi, ed è la strategia principale del programma HPH.

Obiettivo primario del Progetto: facilitare e incoraggiare lo sviluppo di attività di promozione della salute, lo scambio di esperienze tra ospedali dello stesso paese, compresa l’identificazione di aree di comune interesse, e la condivisione delle risorse e lo sviluppo di sistemi comuni di valutazione. Ciò ha consentito di realizzare una diffusione capillare dell’esperienza che permetta una modalità di collegamento più immediata tra gli ospedali.

Attualmente le Reti HPH nazionali e regionali formalmente attivate sono 34 e sono presenti in 25 paesi della Regione Europea, tra i quali vi è l’Italia. Lo scambio di esperienze avviene durante le Conferenze annuali Internazionali organizzate dall’OMS, con sede in uno dei paesi aderenti. Attualmente sono state realizzate 12 Conferenze Internazionali.

La rete italiana è attualmente formata da 8 reti regionali HPH formalmente costituite (rappresentate, in ordine di costituzione, da Veneto, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Liguria, Trentino Alto Adige, Valle d’Aosta) e da altre due reti in via di costituzione (Friuli Venezia Giulia, Campania). Per uno scambio di esperienze tra gli operatori delle reti è organizzata ogni anno una Conferenza Nazionale HPH in una delle regioni aderente alla rete italiana.

b) Rete HPH lombarda e progetto Ospedale senza dolore

La Rete HPH lombarda è stata costituita con decreto del Direttore Generale Sanità n. 68557 del 16.09.1998, facendo propri gli obiettivi del progetto europeo stesso. Nel 1999, in occasione della 3° Conferenza Nazionale HPH, organizzata a Milano dalla Regione Lombardia, hanno aderito alla rete HPH lombarda n. 62 strutture sanitarie, tra pubbliche e private accreditate (ASL, AO, IRCCS pubblici e privati, Ospedali classificati e Case di cura accreditate). L'accordo di adesione al Network Europeo è stato sottoscritto dal Direttore Generale o Rappresentante Legale di ciascuna delle 62 strutture sanitarie, dal Coordinatore della Rete HPH lombarda, dall'Assessore alla Sanità, dal Coordinatore della Rete HPH italiana e dal Coordinatore dell'Ufficio Europeo dell'OMS. L'accordo è stato ratificato dalla Giunta Regionale con DGR VII/215 del 28.06.2000.

Nella prima fase di avvio della rete, che va dal 1998 al 2001, l'obiettivo regionale è stato quello di focalizzare l'attenzione degli operatori, per i quali è stata avviata una campagna informativa diretta a raggiungere un cambiamento culturale affinché, oltre all'approccio verso la "cura", fosse sviluppata la "promozione della salute" all'interno di ciascuna Struttura sanitaria. In questa fase diversi operatori hanno partecipato a Conferenze Nazionali e Internazionali, in particolare quelli che avevano realizzato all'interno della loro struttura ospedaliera progetti inerenti al tema "Ospedale Senza Dolore".

Nella seconda fase è stata posta l'attenzione sullo scambio di esperienze interregionali tra operatori che avessero sviluppato progetti su aree simili, al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Nel 2002, con nota del Coordinatore della rete HPH lombarda del 25 luglio, prot. n. 0042363, sono state individuate delle aree tematiche su cui sviluppare progetti regionali, tra le quali quella relativa all' "Ospedale senza dolore". È stato costituito un gruppo di lavoro regionale informale a cui, inizialmente, hanno aderito 8 strutture sanitarie. L'obiettivo generale era quello di valorizzare le esperienze realizzate a livello aziendale, favorendo lo sviluppo della rete HPH nella specifica area tematica della lotta contro il dolore. Si è trattato di un primo momento di confronto dei progetti che ogni struttura aveva in corso di attuazione o pianificazione. Ciò ha permesso la definizione di riferimenti teorico-pratici, di un percorso attuativo per le altre strutture sanitarie che intendevano realizzare interventi coordinati per il trattamento del dolore acuto e cronico all'interno della propria realtà.

Nella 6° Conferenza HPH Nazionale di Castelfranco Veneto (25-26 novembre 2002), il Gruppo di Lavoro ha presentato il primo risultato di un lavoro comune, con un'analisi delle diverse esperienze messe in comune, a dimostrazione di un'utile implementazione dei servizi di terapia del dolore acuto nelle strutture stesse.

Il Gruppo di Lavoro ha successivamente proseguito l'attività intrapresa con l'obiettivo di predisporre il "Manuale applicativo per la realizzazione dell'Ospedale Senza Dolore", ed ha partecipato nel 2003:

- ad un workshop tematico a livello internazionale, realizzato dall'OMS a Firenze, in occasione dell'11° Conferenza HPH Internazionale (18-20 maggio);
- ad un confronto con altre realtà interregionali, in occasione della 7° Conferenza HPH Nazionale, tenutasi a Torino (21-22 novembre).

La Regione Lombardia ha recentemente inteso dare impulso sempre più forte alla rete attraverso l'approvazione di un atto deliberativo (DGR VII/13234 del 9 giugno 2003) che, tra l'altro, pone le basi per una stretta integrazione fra le due Direzioni Generali interessate dal network, la Direzione Generale Sanità e la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale. Per quanto riguarda il Progetto Ospedale Senza Dolore, esso rappresenta una ulteriore opportunità per estendere l'utilizzo del "Manuale applicativo per la realizzazione dell'Ospedale Senza Dolore" anche agli ambiti socio-sanitari e territoriali.

In particolare l'utilizzo del "Manuale" renderà possibile la rilevazione ed il controllo del dolore anche per tutti quei malati, in genere appartenenti alla fasce più deboli della popolazione, non afferenti alle Strutture Sanitarie di ricovero e cura (ad es. RSA), ma per i quali il dolore rappresenta una delle cause principali di peggioramento della qualità di vita.

Lo sviluppo di attività formative rivolte anche al personale socio-sanitario e l'attivazione di progetti informativi alla popolazione afferente alla rete non ospedaliera, accrescerà la possibilità di una capillare crescita culturale sul tema del dolore.

3 - IL GRUPPO DI LAVORO

N°	STRUTTURE COINVOLTE
1	Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia
2	Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano
3	Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi
4	Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese
5	Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano
6	Azienda Ospedaliera G. Salvini di Garbagnate Milanese
7	Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano
8	Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Cremona
9	Azienda Ospedaliera Provinciale di Lecco
10	Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano
11	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo
12	Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza
13	IRCCS Istituto Europeo di Oncologia di Milano
14	IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia
15	IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano
16	Casa di Cura Clinica San Carlo di Paderno Dugnano
17	Casa di Cura Istituto Clinico Mater Domini di Castellanza

OLTRE A PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ DI GRUPPO, LE STRUTTURE SOPRA INDICATE HANNO FORNITO SCHEDE PER LA RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ EFFETTUATE, CHE HANNO CONSENTITO UN CONFRONTO OPERATIVO (ALLEGATO 4)

4 - METODOLOGIA DI RILEVAZIONE DEL DOLORE NELLA PRATICA CLINICA

AVVERTENZA

L'avvio/adeguamento del trattamento antalgico basato sulla misura del dolore deve sempre essere il frutto del processo di integrazione fra richieste del malato, giudizio del clinico e contesto assistenziale, tenuto conto dell'importanza della valutazione soggettiva del malato in relazione alla tollerabilità del dolore.

Rilevazione e monitoraggio del dolore all'interno delle Strutture Sanitarie

Il Gruppo di Lavoro formula le seguenti raccomandazioni:

- 1) I sistemi di rilevazione del dolore, utilizzati nelle Strutture Sanitarie:
 - a. devono essere stati validati scientificamente
 - b. devono essere semplici, sia da un punto di vista di somministrazione da parte del personale sanitario sia da un punto di vista di comprensione da parte del malato
 - c. devono essere utilizzabili nel maggior numero di situazioni cliniche
 - d. devono essere appresi dagli operatori con facilità
- 2) I sistemi descritti al punto precedente possono essere identificati attraverso l'utilizzo di almeno una delle due scale che in base all'esperienza ed alla letteratura di questi ultimi anni, si sono rilevate le più applicabili nella pratica clinica:
 - a. La scala numerica verbale (numerical verbal scale) da 0 a 10 (scheda 1)
 - b. La scala verbale di rilevazione del dolore a 6 items (scheda 1)
- 3) La valutazione di base del dolore deve essere effettuata due volte nella giornata, la mattina e la sera, contestualmente alla rilevazione dei parametri vitali
- 4) La rilevazione del dolore deve avvenire tramite intervista da parte di un operatore sanitario abilitato alla rilevazione dei parametri clinici
- 5) Le rilevazioni devono essere registrate in specifici spazi, opportunamente predisposti, all'interno della cartella clinica del paziente, nell'area dedicata ai parametri clinici
- 6) Rilevazioni aggiuntive devono essere effettuate almeno nei casi di segnalazione di presenza di dolore da parte del paziente o di rilevazione di presenza di dolore da parte di un operatore sanitario.

Settori specifici

1) Settore pediatrico

Per la valutazione del dolore nei bambini si consigliano le seguenti scale, differenziate secondo l'età e il dolore (acuto o cronico):

sino a 1 mese:

→ Premature Infant Pain Profile (PIPP)

da 1 mese a 3 anni:

→ Objective Pain Scale (OPS)

da 3 anni a 7 anni:

→ Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)

→ Scala a faccine (Bieri o Wong-Baker Faces Scale)

da 7 anni:

→ Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)

→ Scala numerica verbale (numerical verbal scale) da 0 a 10

Anche nel settore pediatrico si raccomanda che il numero minimo di valutazioni di base del dolore sia due volte nella giornata, la mattina e la sera, contestualmente alla rilevazione dei parametri vitali.

Si ritiene che, nel corso della giornata, vadano anche effettuate rilevazioni aggiuntive nei casi di riscontro di presenza di dolore da parte di un operatore sanitario o nei casi di segnalazione di presenza del dolore da parte del bambino.

2) Area dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva e/o con alterazioni funzioni cerebrali superiori

Si ritiene necessario approfondire ulteriormente la tematica della valutazione/rilevazione/monitoraggio del dolore in queste due aree cliniche prima di fornire raccomandazioni generali.

Scheda 1

- a. La scala verbale numerica da 0 a 10
- b. La scala verbale di rilevazione del dolore a 6 items

Scheda 2

Scale di rilevazione del dolore in pediatria:

- c. Scala PIPP (Premature Infant Pain Profile)
- d. Scala OPS (Objective Pain Scale)
- e. Scala CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)
- f. Scala a faccine (Bieri)
- g. Scala a faccine (Wong-Baker)

a. La scala numerica verbale da 0 a 10

Il paziente indica verbalmente un numero da 0 a 10 che corrisponda quanto più possibile al livello del dolore percepito; questo valore numerico viene inserito in un apposito spazio della cartella.

Al paziente deve essere posta la seguente domanda:

“Se 0 equivale a nessun dolore e 10 al più forte dolore che lei possa immaginare di avere, su una scala da 0 a 10, in questo momento qual’è il numero che meglio corrisponde all’intensità del suo dolore?”

Il valore minimo per il quale, in base ai dati di letteratura, si deve fortemente considerare di avviare/adequare un trattamento antalgico è “5”

Bibliografia:

- 1) Bijur PE, Latimer CT, Gallagher EJ. Validation of a verbally administered numerical rating scale in acute pain for use in the emergency department. Acad Emerg Med 2003; 10: 390-392.
- 2) Paice JA, Cohen FL. Validity of a verbal administered numerical rating scale to measure cancer pain intensity. Cancer Nurs 1997; 20: 88-93.

b. La scala verbale di rilevazione del dolore a 6 items

INTENSITÀ DEL DOLORE PRESENTE

QUANTO DOLORE FISICO HA PROVATO.....

- 1 NESSUNO
 - 2 MOLTO LIEVE
 - 3 LIEVE
 - 4 MODERATO
 - 5 FORTE
 - 6 MOLTO FORTE
-

Non essendovi in letteratura indicazioni specifiche, se si utilizza questa scala, viene identificato con “Moderato” il valore minimo per il quale si deve fortemente considerare di avviare/adequare un trattamento antalgico.

Bibliografia:

- 1) Caraceni A., Cherny N., Fainsinger R., Kaasa S., Poulain P., Radbruch P., De Conno F. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2002; 23: 239-255
- 2) Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. Cancer 1982; 50:1913-1918.

c. La Scala PIPP (Premature Infant Pain Profile) sino a 1 mese di vita

	0	1	2	3
Età gestazionale	≥ 36 sett.	32-35 sett. + 6 gg	28-31 sett. + 6 gg	< 28 sett.
Comportamento	Tranquillo/dorme	Attivo/dorme	Tranquillo/ sveglio	Attivo/sveglio
Variazioni frequenza cardiaca	Aumento fino a 4 bpm	da 5 a 14 bpm	da 15 a 24 bpm	≥ 25 bpm
Diminuzione SpO2	0 - 2,4 %	2,5 – 4,9 %	5 – 7,4 %	> 7,5 %
Corrucciamento	Mai 0– 9 % del tempo	Minimo 10–39 % del tempo	Moderato 40– 69 % del tempo	Massimo > 70 % del tempo
Strizza gli occhi	Mai 0 – 9 % del tempo	Minimo 10–39 % del tempo	Moderato 40–69 % del tempo	Massimo > 70 % del tempo
Arriccia il naso	Mai 0 – 9 % del tempo	Minimo 10–39 % del tempo	Moderato 40–69 % del tempo	Massimo > 70 % del tempo

Non essendovi in letteratura indicazioni specifiche, se si utilizza questa scala, viene identificato con 2 il valore minimo per il quale si deve fortemente considerare di avviare/adequare un trattamento antalgico.

Bibliografia:

- 1) Stevens B., Johnston C., Petryshen P., Taddio A. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. Clin J Pain 1996; 12: 13-22.
- 2) Ballantyne M., Stevens B., McAllister M., Dionne K., Jack A. Validation of the Premature Infant Pain Profile in the clinical setting. Clin J pain 1999; 15: 297-303.

d. Scala OPS (Objective Pain Scale) da 1 mese a 3 anni

1	Pressione sanguigna	+ 10 % preop	0
		10 – 20 % preop	1
		> 20 % preop	2
2	Pianto	Non piange	0
		Piange ma è consolabile	1
		Pianto inconsolabile	2
3	Movimenti	Nessuno	0
		Irrequieto	1
		Si dibatte	2
4	Agitazione	Addormentato o tranquillo	0
		Moderata	1
		Isterico (agitazione disordinata, può farsi male)	2
5	Postura	Indifferente	0
		Arti inferiori flessi	1
		Porta una mano verso la zona dolorosa a proteggerla	2

Il valore minimo per il quale, in base ai dati di letteratura, si deve fortemente considerare di avviare/adequare un trattamento antalgico è “3”

Bibliografia:

- 1) Hannallah RS , Broadman LM, Bellman AS, Abramovitz MD, Epstein BS. Comparison of caudal and ileo-inguinal / ileo-hypogastric nerve blocks for control of post orchidopexy pain in pediatric ambulatory surgery . Anesthesiology 1987; 66 : 832 – 834
- 2) Broadman LM., Rice LJ., Hannallah RS Testing the validity of an objective pain scale for infants and children. Anesthesiology 1988; 69: A770.
- 3) Norden J., Hannallah RS., Getson P., O'Donnel R., Kelliher G., Willner N. Concurrent validation of an Objective Pain Scale for infants and children. Anesthesiology 1992; 73: A993.

**e. Scala CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)
da 3 a 7 anni e oltre**

Pianto	Assenza di pianto	1	Il bambino non sta piangendo
	Lamento	2	Il bambino si sta lamentando sommessamente, sta piangendo in silenzio
	Pianto	2	Il bambino sta piangendo, ma il pianto è sommesso o lamentoso
	Pianto disperato	3	Il bambino è in un pianto disperato singhiozzante (il punteggio può essere assegnato sia che il bambino si lamenti o no)
Faccia	Normale	1	L' espressione della faccia è normale
	Sofferente	2	Il punteggio viene assegnato solo se l' espressione della faccia è chiaramente sofferente
	Sorridente	0	Il punteggio viene assegnato solo se l' espressione della faccia è chiaramente positiva
Parole	Silenzio	1	Il bambino non sta parlando
	Lamentele su altre cose	1	Il bambino si lamenta ma non per il dolore (" ho sete ")
	Lamentele di dolore	2	Il bambino si lamenta per il dolore
	Lamentele su l' una e l' altra cosa	2	Il bambino si lamenta sia per il dolore che per altre cose
	Positive	0	Ogni dichiarazione che il bambino fa è positiva oppure parla di altre cose senza lamentarsi
Dorso	Normale	1	Il corpo (esclusi gli arti) sta fermo; il dorso è normale
	Sgusciante	2	Il corpo è in movimento in maniera sgusciante e sinuoso
	Teso	2	Il corpo è inarcato o rigido
	Tremante	2	Il corpo è percorso da brividi o scosse involontarie
	Dritto	2	Il corpo è in una posizione verticale o dritta
	Immobilizzato	2	Il corpo è immobilizzato
Tatto	Non tocca	1	Il bambino non sta toccando o afferando la ferita
	Allunga la mano	2	Il bambino allunga la mano verso la ferita ma non la tocca
	Tocca	2	Il bambino tocca adagio la ferita o la zona della ferita
	Stringe	2	Il bambino sta vigorosamente stringendo la ferita
	Immobilizzato	2	Il bambino tiene le braccia immobili
Gambe	Normali	1	Le gambe possono essere in qualsiasi posizione ma sono rilassate:sono compresi movimenti di tipo acquatico o sinuosi
	Contorcimenti/scalcianti	2	Movimenti delle gambe decisamente agitati o irrequieti e/o tira calci con un piede o con i piedi
	Diritte / irrigidite	2	Le gambe sono irrigidite e/o bloccate strette vicino al corpo e restano lì
	Distese	2	Distese o rannicchiate piegate all' altezza del ginocchio
	Immobilizzate	2	Le gambe del bambino sono tenute a freno, piegate

Il valore minimo per il quale, in base ai dati di letteratura, si deve fortemente considerare di avviare/adequare un trattamento antalgico è “7”.

Bibliografia:

- 1) McGrath P.J., Johnson G., Goodman J.,T.,Schillinger J. The development and validation of a behavioral pain scale for children: the Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale. Pain 1984; 2: S24
- 2) McGrath PJ., McAlpine L. Psychological perspectives on paediatric pain. J Paediatr 1993: S2-S8.
- 3) Mitchell P., Understanding a young child’s pain. Lancet 1999; 354: 1708.

f./g. Scala a faccine da 3 a 7 anni (particolarmente indicata per il dolore cronico)

Deve essere mostrata al bambino la sequenza delle faccine accompagnandola con la seguente frase:

“Le faccine mostrano quanto si può avere male. Questa (estrema sinistra) rappresenta qualcuno che non ha male per niente. Queste (da sinistra a destra) mostrano qualcuno che ha sempre più male fino all’ultima (estrema destra) che mostra qualcuno che ha veramente molto molto male. Fammi vedere quale è la faccina che mostra quanto male senti tu in questo momento”.

f. Scala di Bieri



g. Scala di Wong-Baker



0	2	4	6	8	10
molto felice nessun dolore	dolore appena percettibile	dolore leggero	dolore moderato	dolore severo	dolore insopportabile (si arriverebbe a piangere)

Non essendovi in letteratura indicazioni specifiche, se si utilizzano queste scale, viene identificato con “la terza faccina” (Wong-Baker 4) il valore minimo per il quale si deve fortemente considerare di avviare/adequare un trattamento antalgico.

Bibliografia:

- 1) Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, & Goodenough, B. The Faces Pain Scale - Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001; 93: 173-183.
- 2) Von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Hicks CL, Goodenough B. Validation of the Faces Pain Scale – Revised (FPS-R): Pain intensity in clinical and non-clinical samples. Poster presented to Canadian Pain Society, Montreal, May 2001.
- 3) Bieri D, Reeve R, Champion GD, Addicoat L and Ziegler J. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990;41:139-150.
- 4) Von Baeyer CL, Hicks CL. Support for a common metric for pediatric pain intensity scales. *Pain Research and Management* 2000;5:157-160.
- 5) Wong DL and Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs* 1988; 14:9-17.

5 - FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Quanto segue è il risultato di un processo di elaborazione realizzato attraverso la seguente metodologia di lavoro

- 1) Analisi della normativa nazionale
- 2) Valutazione delle esperienze dei partecipanti al Gruppo di Lavoro attraverso una scheda di raccolta dati (Allegato 1)
- 3) Discussione dei dati raccolti durante l'indagine
- 4) Proposta elaborata da un sottogruppo costituito ad hoc
- 5) Elaborazione del documento finale

Premessa

L'attività di formazione per il Progetto Ospedale Senza Dolore è indirizzata agli operatori presenti nelle diverse aree ospedaliere, in base al loro bisogno formativo. La formazione deve avere carattere multidisciplinare e deve essere rivolta al personale coinvolto nei processi assistenziali. In particolare va sottolineato il carattere continuativo di tale formazione.

Il Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) della Struttura Sanitaria deve essere strettamente coinvolto nella progettazione, nello sviluppo e nell'attuazione e verifica di tali programmi formativi.

L'attivazione del processo formativo dovrebbe essere preceduta da una fase preparatoria, con indicazioni per la rilevazione della prevalenza del dolore nell'ospedale e dei bisogni formativi degli operatori, così come richiamato dall'Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 24 Maggio 2001 (G.U. 29/06/2001).

Il COSD di ogni Struttura Sanitaria deve programmare iniziative formative e di incontro mirate, in base ad esigenze specifiche (ad es. nuove terapie, protocolli di trattamento del dolore specifici per patologie o reparti) e che esulano dalla formazione di base di seguito esposta.

Obiettivi del percorso formativo

- Approfondimento delle conoscenze neurofisiologiche di base del sintomo dolore e delle principali sindromi dolorose
- Miglioramento delle capacità di apprezzare e valutare il sintomo dolore, utilizzando strumenti adeguati
- Definizione delle modalità di trattamento del dolore acuto e cronico, con gli aspetti farmacologici e non farmacologici del trattamento
- Approfondimento degli aspetti psicologici, comunicativi, bioetici, etici, deontologici e giuridici dell'esperienza dolore

Destinatari

- Medici delle aree mediche e chirurgiche
- Infermieri Professionali
- Terapisti della Riabilitazione
- Operatori sanitari con attività clinica
- E' auspicabile il coinvolgimento di altre figure professionali, in particolare di Psicologi, Assistenti sociali, Farmacisti ospedalieri

Docenza

- E' interdisciplinare, con coinvolgimento di infermieri, medici e psicologi
- È auspicabile il coinvolgimento di altre figure professionali (ad es. Farmacisti, Assistenti sociali, Assistenti spirituali, Volontari)
- È attuabile sia con docenti interni sia esterni alla Struttura sanitaria
- È auspicabile per il corpo docenti una precedente esperienza formativa
- È prevista l'alternanza dei docenti, mantenendo la continuità formativa

Modalità organizzative

- È indispensabile l'identificazione del coordinatore dei corsi
- La formazione deve svolgersi in contesto ECM, con test di post-valutazione
- La formazione deve essere effettuata in orario di lavoro
- Deve possedere una struttura organizzativa da Corso di Aggiornamento
- Deve essere organizzata in moduli formativi di 16 ore, così composti: 4 incontri di 4 ore ciascuno, secondo le indicazioni descritte nel paragrafo seguente
- Sono auspicabili almeno 4 edizioni annuali, per permettere una maggiore partecipazione del personale. Di norma, il numero di edizioni annuali deve permettere la "copertura formativa" del personale dell'Azienda, in un tempo massimo di due anni
- La formazione deve essere rivolta a gruppi interdisciplinari di max 40 iscritti ciascuno
- Deve prevedere una didattica mista
 - Con lezioni frontali interattive
 - Con casi clinici
- È auspicabile l'inserimento nel sito Web dell'Azienda delle informazioni principali sul corso e la creazione di una "dispensa" informatica, contenente il materiale didattico utilizzato per il corso
- È auspicabile un'integrazione del percorso formativo basato sulle nuove tecnologie, inizialmente almeno per la dirigenza medica, in considerazione della potenzialità, dei vantaggi e del ruolo privilegiato che sta assumendo l'e-learning anche all'interno della formazione continua in medicina
- Per operatori già aggiornati nell'edizione di base deve essere prevista una possibilità di "richiamo" dei contenuti del corso e di eventuali ulteriori approfondimenti
 - Due volte all'anno
 - Di breve durata, massimo due ore
 - Con ripresa di contenuti già trattati
 - Con nuovi contenuti (ad es. proposte di protocolli)
- Si ritiene possibile il ricorso a sponsor esterni, fatta salva la completa indipendenza del COSD nella definizione e nella gestione del programma formativo.

Contenuti del percorso formativo di base

Primo incontro

- Presentazione del corso
- Somministrazione del questionario di verifica delle conoscenze
- Il Progetto Ospedale Senza Dolore in ambito bioetico e nel miglioramento continuo della qualità in Azienda Sanitaria
- Basi teoriche: neurofisiologia e tipologie del dolore,
- Valutazione del dolore e strumenti di rilevazione
- Assistenza infermieristica: dimensioni del dolore
- Caratteristiche e modalità di trattamento del dolore acuto: presentazione casi clinici, lavori di gruppo, restituzione in plenaria
- Dibattito e conclusione del primo incontro

Secondo incontro

- Concetti di farmacologia clinica, note di legislazione e prescrizione degli oppioidi e scala analgesica dell'OMS: esposizione teorica e applicazioni cliniche
- Indicazioni circa l'uso degli oppioidi, in particolare della morfina
- Assistenza infermieristica: il dolore cronico. Presentazione casi clinici, lavori di gruppo, restituzioni in plenaria
- Dolore post-operatorio: aspetti clinici ed assistenza infermieristica
- Dolore post-operatorio: presentazioni casi clinici, lavori di gruppo, restituzione in plenaria
- Dibattito e conclusioni del secondo incontro

Terzo incontro

- Sviluppo di problematiche particolari attinenti l'Ospedale sede del corso (ad es. la parto-analgesia, il dolore pediatrico, il dolore nell'anziano, il dolore in terapia intensiva, le cefalee, etc.)
- Nozioni sulle modalità non farmacologiche nel trattamento del dolore
- Nozioni sull'utilizzo di modalità infusionali di controllo del dolore: pompe di infusione, tipologie, caratteristiche e modalità di utilizzo
- Dibattito e conclusioni del terzo incontro

Quarto incontro

- Multifattorialità del dolore: aspetti fisici, psicologici ed etici
- Aspetti psicologici e comunicativi del paziente con dolore
- Presentazione casi clinici, lavori di gruppo, discussione in plenaria
- Restituzione risultati del questionario di verifica dell'apprendimento, ripresa delle criticità emerse
- Scheda di valutazione finale dell'evento formativo

6 - INFORMAZIONE DELLA POPOLAZIONE

Quanto segue è il risultato di un processo elaborativo realizzato attraverso la seguente metodologia di lavoro:

1. Analisi della normativa nazionale
2. Valutazione delle esperienze attraverso una scheda di raccolta dati (Allegato 2)
3. Discussione dei dati raccolti dall'indagine
4. Proposta elaborata da un sottogruppo
5. Elaborazione del Documento finale

Premessa

Il processo di informazione dovrebbe possibilmente prevedere un'azione combinata di esposizione e distribuzione di materiale appositamente realizzato (poster, pieghevoli, volantini ecc) e di organizzazione di incontri con la popolazione volti ad illustrare i diritti del cittadino, ma anche la sua precisa responsabilità e necessità di partecipazione nel progetto di realizzazione dell'Ospedale Senza Dolore.

Il materiale informativo

La Regione provvederà ad elaborare il materiale informativo comune a tutte le Strutture Sanitarie costituito fondamentalmente da:

- 1) un poster elaborato dalla Regione
- 2) un pieghevole contenente una parte informativa regionale comune ed una parte personalizzabile da ciascuna Struttura Sanitaria. Tra le informazioni comuni potranno essere date indicazioni relative alle agevolazioni rispetto alla fornitura ed erogazione dei farmaci (quali esenzioni ticket etc.)

Ogni Struttura si farà carico di personalizzare il materiale informativo con il proprio logo (Poster e pieghevole) e con altre informazioni ritenute necessarie (ad esempio, l'elenco dei servizi attivati per il trattamento del dolore, protocolli di trattamento specifici etc.).

La stampa del Poster sarà compito della Regione, mentre quello dei pieghevoli sarà in carico a ciascuna Struttura Sanitaria.

Diffusione

Ciascuna Struttura Sanitaria predisporrà un piano di distribuzione del materiale informativo, in particolare:

- Nella Sala di ricevimento
- Nel Pronto Soccorso
- Negli Ambulatori Specialistici
- Consegna al paziente all'apertura della cartella clinica
- Il materiale potrà inoltre essere diffuso tramite le ASL ai Medici di medicina generale

Altre iniziative

Naturalmente ciascuna Struttura Sanitaria potrà sviluppare in completa autonomia altre forme di informazione stampata, su supporto elettronico (sito web) o tramite media.

In particolare andranno stimolati incontri, convegni, workshop sulla tematica della terapia del dolore, delle cure palliative e, più in generale, della lotta contro la sofferenza.

7 - L'APPROCCIO TERAPEUTICO

Quanto segue è il risultato di un processo di elaborazione realizzato attraverso la seguente metodologia di lavoro:

1. Valutazione delle esperienze attraverso una scheda di raccolta dati (Allegato 3)
2. Discussione dei dati raccolti dall'indagine
3. Proposta elaborata da un sottogruppo
4. Elaborazione del documento finale

Aspetti terapeutici

Il fine ultimo della realizzazione del progetto Ospedale Senza Dolore è quello di assicurare l'applicazione di metodiche di controllo e risoluzione del dolore presso ogni Struttura Sanitaria di degenza.

Solo attraverso un'applicazione corretta di metodiche terapeutiche validate dall'evidenza scientifica, dal vaglio esperienziale e basate sull'attenta e costante rilevazione del livello di sofferenza dei malati, si potrà avviare un processo virtuoso di riduzione della sofferenza inutile delle persone malate afferenti alle Strutture Sanitarie.

Di seguito vengono riportate alcune raccomandazioni ritenute fondamentali per raggiungere una omogeneità di approccio terapeutico antalgico su tutto il territorio regionale.

Le raccomandazioni non entrano nella specificità dei singoli approcci terapeutici, in quanto indicare linee guida e protocolli terapeutici è un processo dinamico, mutevole nel tempo, e costituisce uno dei compiti più importanti di alcuni Soggetti a ciò deputati, primi fra tutti le Società Scientifiche.

LE DIECI RACCOMANDAZIONI

1. Ogni Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) deve approvare e diffondere Protocolli specifici per il trattamento del dolore acuto e cronico, in applicazione di Linee guida e di quanto validato dalla letteratura scientifica di settore e deve prevedere modalità di monitoraggio di consumo, di efficacia, degli effetti collaterali e degli eventi avversi dei trattamenti antalgici erogati. In particolare deve essere tenuto presente quanto indicato all'art. 4.4 dell'Accordo del 24/5/2001 (GU 29/06/2001), inerente il Progetto Ospedale Senza Dolore.
2. Ogni Struttura Sanitaria presso la quale è attivato un COSD deve dotarsi di un Prontuario Farmaceutico nel quale siano inseriti i farmaci ritenuti fondamentali per il trattamento del dolore acuto e cronico, in base ai dati di evidenza scientifica. In particolare devono essere messi a disposizione dei curanti tutte le molecole e le preparazioni di oppioidi previste nell'allegato 3 bis alla Legge 12 dell'8 Febbraio 2001.
3. Ogni Struttura Sanitaria deve disporre di un numero adeguato di sistemi per la somministrazione e autosomministrazione continua e controllata di farmaci analgesici.
4. Ogni Struttura Sanitaria deve poter applicare tecniche di neuromodulazione farmacologia continua per il controllo di alcune forme del dolore acuto, in particolare per quello post-operatorio e da parto.
5. Ogni Struttura Sanitaria deve poter applicare tecniche di neuromodulazione farmacologia o fisica per il controllo del dolore persistente. L'esecuzione delle tecniche neuromodulative, qualora indicate, può essere effettuata direttamente sia presso la Struttura Sanitaria, da parte di personale esperto, sia attraverso l'invio del malato presso Centri Algologici Specializzati, stipulando specifici accordi o convenzioni (sistema a rete).
6. Ogni Struttura Sanitaria deve poter applicare, in casi selezionati, tecniche di neurolesione antalgica. L'esecuzione delle tecniche neurolesive, qualora indicate, può essere effettuata sia direttamente presso la Struttura Sanitaria, da parte di personale esperto, sia attraverso l'invio del malato presso Centri algologici specializzati., stipulando specifici accordi o convenzioni (sistema a rete).
7. Ogni Struttura Sanitaria deve poter disporre di un Servizio di supporto psicologico per malati affetti da forme dolorose persistenti, sia esso erogato direttamente oppure indirettamente, attraverso accordi a rete che garantiscano la continuità del percorso assistenziale del malato.
8. Gli interventi antalgici rivolti a malati affetti da malattie inguaribili in fase avanzata e terminale devono essere inseriti in un programma assistenziale di cure palliative che tenga conto delle potenzialità organizzative del contesto assistenziale e dello sviluppo della rete di cure palliative.
9. Gli interventi terapeutici antalgici impostati presso le Strutture Sanitarie, sia durante il ricovero sia presso le strutture ambulatoriali, devono tenere conto della reale possibilità di una loro continuazione al domicilio, qualora ciò si rendesse necessario (continuità del percorso assistenziale indipendentemente dal set assistenziale), anche utilizzando proprie équipe attive sul territorio. Ciò deve attuarsi attraverso la preventiva definizione di aspetti procedurali concordati con i Medici di medicina generale ed i Servizi assistenziali territoriali. In particolare, all'atto della dimissione del malato, deve essere prevista da parte della Struttura Sanitaria la continuità terapeutica attraverso la fornitura diretta di farmaci antalgici sufficiente per concludere un ciclo terapeutico o per garantire una autonomia terapeutica di almeno 3 giorni.
10. Tra Strutture Sanitarie di ricovero e cura e Aziende Sanitarie Locali devono essere previsti accordi interaziendali volti a garantire consulenze specialistiche algologiche domiciliari inserite nei programmi assistenziali di Assistenza Domiciliare Integrata o di Ospedalizzazione Domiciliare.

8 - VERIFICA

a) Tipologie di verifica e tempistica

Si ritiene indispensabile una conclusiva azione di verifica dei risultati riferibile a cinque macroaree. Per ciascuna macroarea sono stati identificati settori specifici che ciascun COSD potrebbe monitorare attraverso l'elaborazione di specifici indicatori.

b) Macroaree

1) Clinica

- livelli del dolore
- consumo di farmaci
- modalità di somministrazione dei farmaci
- sistema di somministrazione dei farmaci
- utilizzo di protocolli
- complicanze conseguenti ai trattamenti
- rilevazioni della sintomatologia algica

2) Formazione

- corsi per medici
- corsi per infermieri
- strumenti didattici utilizzati
- valutazione delle conoscenze

3) Informazione

- iniziative
- strumenti
- target

4) Soddisfazione

- *customer satisfaction* (malati/famiglia)
- dirigenza
- operatori

5) Costi

- trattamenti
- formazione
- informazione
- progettualità

Si ritiene opportuno lasciare ad ogni singolo COSD la decisione sugli indicatori da sottoporre a valutazione e sulla tempistica con la quale effettuare le verifiche, compatibilmente alle specificità delle realtà locali. Si ritiene comunque necessario il monitoraggio degli indicatori sotto elencati.

c) Strumenti di verifica → Indicatori consigliati

Si consiglia, per ciascuna Struttura Sanitaria, la verifica costante almeno dei seguenti 10 indicatori.

La rilevazione costante di ciascuno degli indicatori consigliati potrebbe consentire valutazioni dinamiche nel tempo, sia all'interno di una stessa Struttura Sanitaria sia tra più Strutture.

d) Indicatori

- 1) Numero di malati in un dato giorno per i quali è stata rilevata almeno una volta la sintomatologia algica *versus* il totale di ricoverati in quel giorno.
(Valutazione annuale)
- 2) Numero di malati in un dato giorno nei quali l'intensità del dolore è superiore a 4 (o "moderato") *versus* numero di rilevazioni.
In caso di più rilevazioni giornaliere viene considerato il valore più alto
(Valutazione annuale)
- 3) Consumo di oppiacei *versus* numero di ricoveri, almeno per i seguenti principi attivi:
 - Fentanil transdermico
 - Morfina per os a pronto rilascio
 - Morfina per os a lento rilascio
 - Morfina fiale(Indicatore biennale)
- 4) Valutazione della variazione percentuale dei consumi di oppiacei nei due semestri
(Indicatore annuale)
- 5) Numero di medici formati all'anno *versus* numero totale dei medici dipendenti della Struttura Sanitaria
(Valutazione annuale)
- 6) Numero di infermieri formati all'anno *versus* numero totale degli infermieri dipendenti della Struttura Sanitaria
(Valutazione annuale)
- 7) Numero di strumenti informativi editati
(Valutazione annuale)
- 8) Numero di iniziative di informazione alla popolazione
(Valutazione annuale)
- 9) Numero di indagini di *customer satisfaction*
(Valutazione annuale)
- 10) Budget annuo per formazione nel progetto Ospedale Senza Dolore *versus* budget annuo dell'Ufficio Formazione Permanente (valore assoluto e percentuale)

9 - CONCLUSIONI

Il Manuale rappresenta uno strumento operativo comune a disposizione delle Strutture Sanitarie per la realizzazione del Progetto Ospedale Senza Dolore.

È evidente che il primo passo per la realizzazione del progetto è rappresentato, così come indicato dalla Linee Guida Nazionali, dalla istituzione di un Comitato per l'Ospedale Senza Dolore presso le Strutture Sanitarie (Aziende Ospedaliere, IRCCS, Case di Cura accreditate, Ospedali Classificati).

La presenza nel Gruppo di Lavoro di ricercatori, di esperti della materia, di funzionari regionali e l'applicazione di un metodo di condivisione delle esperienze comuni, ha portato alla stesura di un documento che contiene indicazioni precise nei differenti settori di sviluppo:

- a) metodi di rilevazione del dolore
- b) indicazioni generali per un corretto approccio terapeutico
- c) principi per la formazione di base del personale
- d) strumenti per la informazione della popolazione
- e) verifiche e indicatori

Le raccomandazioni in tema di Ospedale Senza Dolore descritte rappresentano un contributo a disposizione della altre Regioni, della Comunità scientifica e di tutti gli operatori quotidianamente impegnati nella battaglia contro la sofferenza inutile.

Si tratta di uno strumento dinamico suscettibile di ulteriori modifiche e di integrazioni su proposta di chiunque desideri approfondire questa tematica.

10 - BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Albert F. Campagne “ Vers un hopital sans douleur” Infokara 45 18-24 1997
2. Bernabei R., Gambassi G., Lapane K., Landi F., Gatsonis C., etc. for the SAGE Study Group Management of Pain in Elderly Patients with Cancer JAMA 279, 23, June 17 1998
3. Besner C., Rapin C.H. “The hospital. Creating a pain free environment: a program to improve pain control in hospitalized patients” J. Pall. Care 9 :51-52; 1993
4. Bonica J.J. Il dolore: diagnosi, prognosi e terapia Antonio Delfino editore 1999
5. Costantini M. Il dolore nei pazienti ricoverati Metodologia organizzazione e risultati preliminari di uno studio in Liguria Riv. It. di Cure Pall. vol 2 n°1 marzo 2000
6. Lebovits A., Florence I., etc Pain knowledge and attitudes of healthcare providers: practice characteristic differences The Clin. J. of Pain 13: 237-243.1997
7. Marks R.M., Sachar E.J. Undertreatment of medical in-patients with narcotic analgesics” Ann Intern. Med 78: 173-81. 1973
8. Mercadante S., Ripamonti C. Valutazione, diagnosi e trattamento del dolore da cancro Masson ed. 2000
9. Payne R. Chronic Pain: challenges in the assessment and management of cancer pain. J. Pain Sympt. Manag. 19 1 suppl. 12-15 2000.
10. Taylor H. The Nuprin Pain Report. New York. Lou Harris and Ass. 1985
11. Vidal N. Enquête prevalence de la douleur dans des services de soins de longue durée Infokara n°58 2-2000 .
12. Visentin M. Verso un ospedale senza dolore . Un progetto ed una campagna per il miglioramento della assistenza sanitaria Rec. Progr. in Med. vol. 90 n°6 giugno 1999
13. World Health Organization Cancer Pain Relief WHO Geneva 1986
14. World Health Organization Cancer Pain Relief with a Guide to Opioid Availability WHO Geneva 1999

PROGETTO REGIONALE  **Health Promoting Hospitals** **“OSPEDALE SENZA DOLORE”**

Scheda per la rilevazione delle Strutture Sanitarie che hanno svolto attività formativa nell'ambito dell' Ospedale senza Dolore

STRUTTURA: _____

Personale Aziendale

n. medici dipendenti	_____
n. infermieri dipendenti	_____
n. altro personale sanitario	_____
totale	_____

1. Di quante attività di formazione sui temi dell'Ospedale senza dolore si è occupato la sua Struttura (es. Azienda Ospedaliera) dal 2002 ad oggi?

Numero attività _____

2. Sono stati ottenuti crediti ECM?

1 Sì, per tutti i corsi Quanti _____

2 Sì, solo per alcuni Quanti _____

3 No

4 Non so

3. Complessivamente, quanti crediti sono stati ottenuti ? _____

4. Le iniziative di formazione sono state organizzate in partnership con ? (è possibile segnare più di una risposta).

1 Università

2 IRCCS

3 ASL o Azienda ospedaliera

4 Azienda farmaceutica o di tecnologie bio-mediche

- 5 Società Scientifica o Associazione Professionale
- 6 Società privata
- 7 Associazione *no-profit*
- 8 Altro (specificare).....

5. Le iniziative di formazione sono state finanziate ? (è possibile segnare più di una risposta).

- 1 Autonomamente, con
- 2 Organizzazioni non profit specificare quali _____
- 3 Organizzazioni profit specificare quali _____
- 4 Altro specificare _____

6. Le spese dell'attività formativa erano a carico dei partecipanti? (è possibile segnare più di una risposta)

- 1 Sì, totalmente a loro carico
- 2 Sì, in parte
- 3 No, gratuite
- 4 Solo la quota di iscrizione
- 5 Altro (specificare)_____

7. Per le attività di formazione di cui si è occupato, era stata attuata una analisi dei bisogni formativi?

- 1 Sì
- 2 No

8. Se la risposta alla domanda precedente è SI, quali strumenti sono stati utilizzati per l'analisi dei bisogni? (è possibile segnare più di una risposta)

- 1 L'opinione di esperti di settore
- 2 Raccolta di proposte da organizzazioni professionali
- 3 Metodo F.G.P. (Frequenza, Gravità, Problemi)
- 4 Metodo M.R.C. (Metodo a risposta collettiva)
- 5 Curriculum essenziale DM 27/04/01
- 6 Questionario
- 7 Interviste
- 8 Altro (specificare) _____

9. Qual è stato il livello a cui si sono poste le attività formative svolte? (è possibile segnare più di una risposta).

- 1 formazione di base
- 2 formazione avanzata
- 3 formazione focalizzata su un'area specifica
- 4 Altro (specificare)_____

10. Qual è stato il tipo di organizzazione delle attività formative adottato? (è possibile segnare più di una risposta)

- 1 Congresso/Convegno
- 2 Corso di formazione
- 3 Conferenza/lezione frontale
- 4 Atelier tecnico
- 5 Tirocinio pratico
- 6 Master universitario o corso universitario di perfezionamento
- 7 solo aggiornamento
- 8 Altro (specificare)_____

11. Quali sono stati i metodi formativi utilizzati? (è possibile segnare più di una risposta)

- 1 Conferenze / Lezioni frontali
- 2 Intervista con esperti
- 3 Tutorials
- 4 Lavori di Gruppo
- 5 Esercitazioni pratiche
- 6 Simulazioni / *Role Playing*
- 7 *Problem Solving / Problem Based Learning*
- 8 Visite guidate in strutture residenziali di Cure palliative
- 9 Visione di video didattici
- 10 uso di Software didattici multimediali
- 11 Visione di video didattici
- 12 Altro (specificare) _____

12. Quali sono stati gli argomenti proposti nei programmi di formazione? (è possibile segnare più di una risposta)

- 1 Storia e cultura della terapia del dolore
- 2 Casi clinici
- 3 Trattamenti Antalgici

- 4 Interventi psicologici
- 5 Comunicazione
- 6 Problemi etici
- 7 Diritto
- 8 Aspetti Psicologici
- 9 Lavoro d'Équipe
- 10 Bioetica e Diritto
- 11 Dimensione antropologica culturale
- 12 Organizzazione dei Servizi
- 13 Qualità di vita;
- 14 Burn out
- 15 Formazione per formatori
- 16 Informatica
- 17 Altro (specificare)_____

13. Chi sono stati i destinatari dell'attività formativa? (è possibile segnare più di una risposta)

- 1 Infermieri
- 2 Medici
- 3 Psicologi
- 4 Assistenti sociali
- 5 Assistenti spirituali
- 6 Volontari
- 7 Fisioterapisti
- 8 Altro (specificare)_____

14. I destinatari della stessa attività formativa sono omogenei circa la variabile "professione"? (es. tutti infermieri...)

- 1 Sì
- 2 No
- 3 Sezioni omogenee e sezioni miste nella stessa attività formativa
- 4 Altro (specificare).....

15. Quali figure professionali sono state impiegate nella docenza? (è possibile segnare più di una risposta)

- 1 Infermieri
- 2 Medici
- 3 Psicologi
- 4 Assistenti sociali
- 5 Assistenti religiosi
- 6 Volontari
- 7 Fisioterapisti
- 8 Giuristi
- 9 Bioeticisti
- 10 Altro (specificare)_____

16. I Docenti avevano un curriculum formativo specifico ?

- 1 Sì, tutti
- 2 Sì, più della metà
- 3 Sì, meno della metà
- 4 No, nessuno
- 5 Dato non noto

17. Vi è stata una valutazione dei risultati dell'attività formativa?

- 1 Sì
- 2 No

18. Se la risposta alla precedente è Sì, su quali dei seguenti aspetti è stata valutata l'attività formativa? (è possibile segnare più di una risposta)

- 1 Conoscenze e nozioni (sapere)
- 2 Competenze acquisite (saper fare)
- 3 Atteggiamenti (saper essere)
- 4 Coerenza con gli obiettivi formulati
- 5 Efficacia dei metodi didattici adottati
- 6 Impatto a distanza delle conoscenze e competenze acquisite
- 7 Organizzazione generale
- 8 Altro (specificare)_____

19. l'attività formativa è stata effettuata in orario di lavoro

- 1 Si
- 2 No

20. Annotare di seguito eventuali commenti e specifiche

FIRMA COMPILATORE

Data _____

PROGETTO REGIONALE  Health Promoting Hospitals **“OSPEDALE SENZA DOLORE”**

Scheda di rilevazione delle attività di informazione ai cittadini nell'ambito dell' Ospedale senza Dolore

STRUTTURA _____

1) Dal 2002 è stata avviata un'attività informativa ai cittadini sul progetto Ospedale Senza Dolore da parte della sua Struttura? SI NO

2) Se la risposta è SI, indicare la/le annualità nelle quali è stata svolta l'attività informativa (barrare con una croce uno o più anni):

2002 2003 2004 _____

3) Sono previste attività informative per gli anni prossimi ? SI NO

4) Come sono state finanziate le attività informative ?

a) Direttamente dall'Azienda

Se possibile indicare il capitolo di spesa _____

b) Da parte di terzi

- Non Profit indicare quali _____

- Profit indicare quali _____

- Privati indicare quali _____

- Altro indicare quali _____

5) Quanto sono state finanziate le attività informative ?

annualità 2002 2003 2004 _____

euro _____

6) Il Progetto di informazione è stato formalmente approvato dal Responsabile Legale dell'Azienda ? SI NO

7) Descrivere brevemente le iniziative di informazione

8) E' stato predisposto materiale informativo specifico?

SI NO

9) Se la risposta è SI, indicare una o più tra le seguenti opzioni

a) Materiale cartaceo

- Opuscoli informativi
- Deplianti
- Volantini
- Questionari
- Altro specificare quali

a1) Il materiale cartaceo viene distribuito:

- All'accettazione in Ospedale
- Nelle unità di degenza
- Nei servizi ambulatoriali
- Altro specificare quali _____

b) Materiale informatico

- Sito Web Aziendale
- CD
- Altro specificare quali

c) Cartellonistica

Se la risposta è positiva indicare in quali aree è stata esposta?

- reparti
- servizi ambulatoriali
- servizi diagnostici
- ingressi
- sale attesa
- altro specificare

10) È stata predisposta una campagna informativa tramite media ?

SI NO

Se la risposta è SI indicare quale

- a) Stampa locale _____
- b) Stampa nazionale _____
- c) Radio locali _____
- d) Radio nazionali _____
- e) TV locali _____
- f) TV nazionali _____
- g) Altro _____

FIRMA COMPILATORE

Data _____

PROGETTO REGIONALE  Health Promoting Hospitals “OSPEDALE SENZA DOLORE”

*Scheda per la rilevazione dell'approccio terapeutico
nell'ambito dell'Ospedale senza Dolore*

STRUTTURA¹: _____

- 1) Presso la Vostra Struttura, è stato elaborato un **protocollo generale** di trattamento del dolore?

Sì No
- 2) Se la risposta è Sì, da che anno è operativo? _____
- 3) Se la risposta è Sì, viene sottoposto a revisioni ? Sì No Ogni quanto?

- 4) Sono stati elaborati protocolli specifici?

Sì No
- 5) Se la risposta è Sì, in che settori specifici sono stati elaborati?

Dolore postoperatorio	da che anno è operativo? _____
	ultima versione _____
Dolore da parto	da che anno è operativo? _____
	ultima versione _____
Dolore nel paziente neoplastico	da che anno è operativo? _____
	ultima versione _____
Dolore cronico non neoplastico	da che anno è operativo? _____
	ultima versione _____
Dolore in emergenza	da che anno è operativo? _____
	ultima versione _____
Dolore pediatrico	da che anno è operativo? _____
	ultima versione _____
Dolore nell'anziano	da che anno è operativo? _____
	ultima versione _____

¹ Per STRUTTURA si intende: Azienda Ospedaliera, IRCCS, Casa di Cura ecc.

Cefalee _____ da che anno è operativo? _____
ultima versione _____
Altro _____ da che anno è operativo? _____
ultima versione _____

6) Esiste un Prontuario Farmaceutico Aziendale ?

Sì No

7) Se la risposta è Sì, esiste una sezione specifica per i farmaci antalgici?

Sì No

8) Indicare quali farmaci vengono forniti all'interno della Struttura

a) **F.A.N.S.** Indicare i principi attivi _____

b) **Analgesici non oppioidi**

Paracetamolo Altri _____

c) **Oppioidi**

Codeina gal Ass. Paracetamolo Tramadolo

Buprenorfina

Morfina R Morfina fl per uso parenterale da 10 mg e da 20 mg

Morfina gtt (PR-Pronto Rilascio) fiale per os PR.

soluzione per os PR

Morfina PR preparato galenico

Fentanil TS Fentanil EV

Metadone fl per uso parenterale Soluzione orale

Altro _____

d) **Neuro-psicotropi**

Carbamazepina Gabapentin Altro _____

Diazepam Midazolam Benzodiazepine Altro _____

Antidepressivi _____

e) **Anticefalagici** _____

f) **Anestetici locali** Mepi Bupi Ropi Lido Chiro

9) Presso la Vostra Struttura è possibile applicare le seguenti metodiche?

T.E.N.S.

Magnetoterapia

Infiltrazioni antalgiche intra e periarticolari

Agopuntura

Elettrostimolazione midollare

Elettrostimolazione periferica

Infiltrazioni epidurali singole

Cateterismo epidurale post operatorio

Cateterismo epidurale per dolore cronico

Somministrazione sub aracnoidea per dolore acuto

Somministrazione sub aracnoidea per dolore cronico con sistema infusore esterno

- Somministrazione sub aracnoidea per dolore cronico con sistema infusore totalmente impiantabile
- Posizionamento di porth a cath
- Sistemi elettro meccanici (pompe siringhe) per somministrazione continua s.c.
- Sistemi elettronici per infusione continua, con P.C.A.
- Utilizzo Elastomeri
- Utilizzo elastomeri preriempiti
- Blocchi antalgici anestetici: ganglio stellato
- altro _____ altro _____
- Tecniche neurolitiche: g. celiaco simpatico lombare a sella
- altre _____
- Altre tecniche _____
- Altre tecniche _____

10) Presso la Vostra Struttura sono applicate routinariamente tecniche di valutazione psicologica? Sì No

11) Presso la Vostra Struttura sono applicate routinariamente tecniche terapeutiche psicologiche? Sì No
 Ipnosi Training Autogeno Altro _____

12) Presso la Vostra Struttura sono applicate routinariamente tecniche antalgiche di medicina complementare? Sì No

13) Se la risposta è Sì, quali? _____

14) Presso la Vostra Struttura esiste un APS (Acute Pain Service)? _____

15) Se la risposta è Sì, da chi è composto?

Numero Medici _____

Numero I. P. _____

FIRMA COMPILATORE

DATA _____

Scheda per la rilevazione dell'attività effettuata**Struttura Sanitaria:**

(nome completo e città). Nel caso di Azienda Sanitaria, indicare il nome dell'Azienda e dei Presidi Ospedalieri che ne fanno parte)

Direttore Generale Aziendale o**Responsabile Legale:****Direttore Sanitario Aziendale:****Coordinatore/i locale/i del****Progetto HPH:****Delegati Aziendali alla****realizzazione del Sottoprogetto****OSD:****COSTITUZIONE DEL COSD**

(Se costituito indicare la data il n° della delibera o dell'atto formale di istituzione ed allegarne una copia)

COORDINATORE DEL COSD**RIUNIONI DEL COSD**

(indicare la frequenza delle convocazioni ed eventuali segnalazioni ritenute di particolare interesse)

COSTITUZIONE DI COMITATI**RISTRETTI**

(indicare quali, con quali finalità e la frequenza delle convocazioni)

CORSI DI FORMAZIONE

(indicare in sintesi gli anni, il numero dei corsi, i destinatari e il numero delle persone raggiunte)

INFORMAZIONE ALLA**POPOLAZIONE**

(indicare in sintesi l'attività svolta)

ALTRE INIZIATIVE

(Schede di rilevazione del dolore – Direttive Aziendali – Creazione di protocolli – Presentazione risultati ottenuti ecc.)

PROGETTI FUTURI

(indicare in sintesi i progetti già approvati)

Scheda compilata a cura di:

Data

LA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE

Il progetto per l’Ospedale Senza Dolore nasce dal lavoro di una Commissione Ministeriale *ad hoc*, istituita dal Ministro della Sanità, nel settembre 2000. Il testo realizzato dalla Commissione è stato sottoposto a revisione da parte dei tecnici indicati da ciascuna Regione, durante un incontro interregionale. Il documento conclusivo è stato presentato in Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 20 aprile 2001 e, con il *Provvedimento 24 maggio 2001*, è stato sancito l’Accordo sul documento di linee guida inerenti il progetto “Ospedale senza dolore”.

Il testo delle “Linee Guida” è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale in data 29 giugno 2001.

Ad oggi solo alcune Regioni hanno provveduto al recepimento delle Linee Guida con atti specifici (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Valle d’Aosta e Veneto):

- BASILICATA
Deliberazione della Giunta Regionale 10 novembre 2003, n. 2036
- FRIULI VENEZIA GIULIA
Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2001, n. 4462
- VALLE D’AOSTA
- VENETO
Deliberazione della Giunta Regionale 14 febbraio 2003, n. 309

Alcune Regioni, pur non avendo ancora recepito le Linee Guida, hanno inserito nei propri Piani Sanitari indicazioni specifiche rispetto alla Terapia del Dolore ed alle Cure Palliative (Emilia Romagna, Lombardia e Toscana).

Si ritiene opportuno inserire in questo manuale:

- a. Testo integrale delle Linee Guida (Appendice/2)
- b. Capitolo del PSSR della Regione Lombardia relativo a Ospedale senza Dolore e creazione della rete per le Cure Palliative (Appendice/3)

Provvedimento del 24 maggio 2001 (1)
Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province autonome
sul documento di linee-guida inerente il progetto «Ospedale senza
Dolore»

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 29 giugno 2001, n. 149.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Visto l'art. 2, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida a questa

Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi, secondo quanto previsto dall'art. 4 del

medesimo decreto legislativo;

Visto l'art. 4, comma 1, del predetto decreto legislativo, nel quale si prevede che, in questa Conferenza, Governo, regioni e province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione,

possano concludere accordi al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere

attività di interesse comune;

Visto lo schema di accordo in oggetto, trasmesso dal Ministro della sanità il 20 aprile 2001;

Considerato che il 17 maggio 2001, in sede tecnica, i rappresentanti delle regioni hanno formulato

alcune proposte di modifica al testo dell'accordo stesso, che sono state accolte dai rappresentanti delle

amministrazioni centrali;

Acquisito l'assenso del Governo e dei Presidenti delle regioni e province autonome, espresso ai sensi

dell'art. 4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Sancisce

il seguente accordo tra il Ministro della sanità le regioni e le province autonome nei termini sottoindicati:

Considerato che il Ministro della sanità ha istituito una Commissione di studio, con decreto del 20 settembre 2000, per approfondire la conoscenza, anche sulla base delle esperienze maturate presso alcune strutture italiane e di altri Paesi, degli interventi che possono essere introdotti nell'ambito dei servizi e della pratica assistenziale al fine di contrastare il dolore e le sofferenze evitabili, causati dalle malattie e in particolare dalle malattie oncologiche, e di realizzare un progetto specifico che possa trovare ampia applicazione sul territorio nazionale;

Considerato che la Commissione ha elaborato un progetto specifico, denominato progetto «Ospedale senza dolore», che fornisce, oltre alle indicazioni relative ai contenuti, ai tempi e alle modalità di realizzazione, anche alcune raccomandazioni che possono favorirne lo svolgimento;

Considerato altresì, che le linee guida si integrano con quanto contenuto nell'accordo sancito nella Conferenza unificata del 19 aprile 2001 (rep. atti n. 457/C.U.) sul documento

di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative, e che ciascuna regione nell'ambito della propria autonomia, adotterà gli atti necessari all'applicazione delle linee guida in coerenza con la propria programmazione, prevedendo il sistematico inserimento della loro attuazione nelle procedure di valutazione dei risultati delle aziende sanitarie;

Il Ministro della sanità, i presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano convengono sul documento di linee-guida inerente il progetto «Ospedale senza dolore», che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Allegato

Linee guida per la realizzazione dell'«Ospedale senza Dolore»

1. Premessa.

Il presente documento contiene linee guida che consentono la realizzazione, a livello regionale, di progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine.

È auspicabile che l'applicazione delle linee guida, destinate alle strutture sanitarie di ricovero e cura, possa diffondere la filosofia della lotta alla sofferenza a tutti i soggetti coinvolti nei processi assistenziali extraospedalieri.

Le linee guida si integrano con quanto contenuto nelle linee guida nazionali in tema di cure palliative.

Ciascuna regione, nell'ambito della propria autonomia, adotterà gli atti necessari all'applicazione delle

linee guida in coerenza con la propria programmazione, prevedendo il sistematico inserimento della loro attuazione nelle procedure di valutazione dei risultati delle aziende sanitarie.

Oggi, anche nelle istituzioni più avanzate, il dolore continua ad essere una dimensione cui non viene riservata adeguata attenzione, nonostante sia stato scientificamente dimostrato quanto la sua presenza sia invalidante dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale.

Il medico ancora oggi è portato a considerare il dolore un fatto secondario rispetto alla patologia di base cui rivolge la maggior parte dell'attenzione e questo atteggiamento può estendersi anche ad altre figure coinvolte nel processo assistenziale.

Allo scopo di arginare la prevalenza del dolore negli ospedali, documentata da numerosi studi e ricerche, il Ministero della sanità ha istituito una commissione di studio, con decreto del 20 settembre 2000, che ha elaborato il documento tecnico di base per la stesura delle linee guida.

L'idea iniziale si ispira ad analoghi progetti internazionali e istituzionalizzati in alcuni Paesi europei.

Finalità specifica delle linee guida è quella di aumentare l'attenzione del personale coinvolto nei processi assistenziali nelle strutture sanitarie italiane affinché vengano messe in atto tutte le misure possibili per contrastare il dolore, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano e dal contesto di cura.

Alla luce di queste considerazioni si rende necessario un radicale mutamento di attitudini e atteggiamenti che deve coinvolgere non solo il personale curante ma anche i cittadini che usufruiscono dei servizi sanitari del Paese.

Ciò implica che la rilevazione del dolore divenga costante al pari di altri segni vitali quali la frequenza cardiaca, la temperatura corporea, la pressione arteriosa, fondamentali nella valutazione clinica della persona.

Le linee guida contengono inoltre indicazioni relative al processo di educazione e formazione continua del personale di cura operante nelle strutture sanitarie ed alla informazione e sensibilizzazione della popolazione.

Linee guida per l'«Ospedale senza Dolore»

2. Le fasi applicative.

Per la applicazione delle linee guida si identificano le seguenti fasi procedurali:

2.1. Fase preliminare:

identificazione delle procedure regionali atte a garantire il coordinamento e lo sviluppo delle linee guida;

identificazione a livello delle aziende sanitarie del responsabile per l'applicazione delle linee guida;

costituzione a livello aziendale di un Comitato Ospedale senza Dolore (COSD), composto da un referente della direzione sanitaria, da esperti della terapia del dolore, ove presenti, da specialisti coinvolti nel trattamento del dolore post-operatorio e dalle figure professionali abitualmente dedicate agli interventi di controllo del dolore, con particolare riferimento al personale infermieristico (vedi indicazioni specifiche nel capitolo COSD);

il processo applicativo delle linee guida potrà essere inserito nel sistema aziendale di gestione della qualità;

predisposizione di materiale informativo per gli utenti;

identificazione e predisposizione degli strumenti di rilevazione del dolore da inserire in cartella clinica.

2.2. Fase formativa:

analisi e valutazione dei fabbisogni formativi, cioè indagare lo stato attuale delle conoscenze sul dolore del personale curante;

identificazione degli aspetti principali che saranno oggetto della formazione;

coinvolgimento della dirigenza sanitaria per l'attivazione di modalità organizzative che consentano l'attuazione del programma per la misurazione e gestione del dolore;

predisposizione di adeguati spazi nelle cartelle cliniche per l'indicazione della rilevazione del dolore;

programmazione delle attività formative;

verifica dell'efficacia della formazione e certificazione.

2.3. Fase informativa:

presentazione plenaria del progetto Ospedale senza Dolore e del Comitato Ospedale senza Dolore ai dirigenti aziendali e sviluppo di adeguati mezzi comunicativi, sotto forma di materiale illustrativo, da consegnare al paziente al suo ingresso in reparto e da distribuire capillarmente all'interno della struttura sanitaria;

predisposizione di adeguati strumenti informativi all'interno delle strutture sanitarie (ad esempio cartellonistica), da prevedere nei punti di maggior passaggio del personale curante, presso i reparti e i servizi ambulatoriali e diagnostici, riportanti tra l'altro la scala dell'OMS di somministrazione dei farmaci analgesici.

2.4. Fase di prima applicazione:

rilevazione di prevalenza del dolore, che funga da informazione di base, su cui verificare a distanza le modifiche indotte;

consegna al paziente del materiale illustrativo del progetto OSD e attivazione delle procedure di sistematica valutazione e registrazione del sintomo;

verifica delle evidenze emerse durante la fase sperimentale e apporto dei correttivi necessari.

2.5. Fase applicativa ordinaria:

valutazione periodica del livello applicativo delle linee guida con rilevazione delle criticità;

programma informativo continuo intraaziendale rivolto agli operatori;

verifica dell'efficacia dell'applicazione delle linee guida e ampia divulgazione dei risultati ottenuti.

3. Il Comitato Ospedale senza Dolore.

3.1. Introduzione.

Per la realizzazione delle linee guida si raccomanda la istituzione di un Comitato Ospedale senza Dolore presso le strutture sanitarie.

3.2. Finalità del Comitato «Ospedale senza Dolore»:

1) assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie ed in particolare ospedaliere;

2) coordinare l'azione delle differenti équipe e la formazione continua del personale medico e non medico;

3) promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni fornite dall'OMS, assicurando inoltre la valutazione periodica del loro consumo;

4) promuovere protocolli di trattamento delle differenti tipologie di dolore.

3.3. Composizione del Comitato «Ospedale senza Dolore».

1) Il Comitato deve avere una composizione tale da soddisfare i seguenti criteri:

a) i membri del Comitato sono rappresentati da referenti della direzione aziendale e da personale curante dell'ospedale. Il personale infermieristico deve costituire almeno un terzo dei membri del Comitato;

b) gli operatori delle strutture di terapia del dolore e/o cure palliative nonché di anestesia e rianimazione devono essere rappresentati nel Comitato;

c) un referente del servizio farmaceutico deve essere incluso nel Comitato;

d) devono essere previste forme di partecipazioni delle organizzazioni non profit, in particolare di volontariato, operanti nel settore.

3.4. Funzioni e compiti del Comitato «Ospedale senza Dolore»:

1) 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;

2) assicurare il monitoraggio dei livelli di applicazione delle linee guida e la valutazione di efficacia;

3) promuovere la elaborazione e distribuzione di materiale informativo agli utenti relativo alla cura del dolore.

4. Appendice.

Al fine di agevolare il percorso applicativo si ritiene utile prospettare il seguente iter operativo locale in attuazione delle direttive regionali:

4.1. Formazione:

1) l'attività di formazione del personale va rivolta agli operatori a seconda del bisogno formativo presente nelle varie aree ospedaliere e non (medica, chirurgica, oncologica, pediatrica, ostetrica, ecc.);

2) la formazione deve avere carattere multidisciplinare e interdisciplinare e coinvolgere contestualmente medici e tutto il restante personale coinvolto nei processi assistenziali;

3) si suggerisce che il Comitato ospedale senza dolore, nella preparazione dei moduli formativi, si riferisca ai seguenti argomenti:

le basi teoriche (concetti di neurofisiologia e tipologia) del dolore;

caratteristiche e modalità di trattamento del dolore cronico;

caratteristiche e modalità di trattamento del dolore acuto;

concetti di farmacologia clinica, la scala analgesica dell'OMS;

nozioni sull'uso degli oppioidi e della morfina;
nozioni sulle modalità non farmacologiche nel trattamento del dolore;
valutazione del dolore e strumenti di rilevazione;
aspetti psicologici e comunicativi del paziente con dolore;

- 4) l'attività di formazione continua rientrerà nella formazione obbligatoria e dovrà pertanto essere inclusa nelle ore di lavoro del personale;
- 5) si raccomanda la consulenza dello psicologo per la redazione dei moduli formativi;
- 6) andranno esposti in tutte le Unità Operative ospedaliere i modelli di trattamento del dolore (scala OMS, tabella equianalgescica, ecc.).

4.2. Strumenti per il monitoraggio del dolore:

- 1) è auspicabile che nella cartella clinica del paziente siano riportate le caratteristiche del dolore e la sua evoluzione durante il ricovero;
- 2) la rilevazione costante del dolore deve essere inserita fra le competenze dell'infermiere, il quale dovrà ricevere la formazione opportuna per svolgere tale compito.

4.3. Strumenti di rilevazione del dolore.

Esistono diversi strumenti di valutazione del dolore validati in lingua italiana (ad esempio: righelli, scale analogiche, analogo visivo, scale verbali, scale colori ...). Sarà cura di ogni singolo ospedale scegliere gli strumenti più adeguati, avendo cura che siano di facile somministrazione.

Il Comitato Ospedale senza Dolore valuterà quali strumenti sono più idonei per la propria realtà (ad esempio prevalenza di malati oncologici, pediatrici, geriatrici, portatori di menomazioni e disabilità, ecc.) e ne promuoverà la messa a disposizione del personale di cura.

4.4. Trattamento del dolore.

Si suggerisce di utilizzare i seguenti processi applicativi:

- 1) vanno elaborati nelle varie aree ospedaliere protocolli di trattamento del dolore che tengano conto della scala analgesica dell'OMS;
- 2) nella valutazione del dolore si deve tener presente un indice di intensità oltre al quale è necessario un intervento urgente;
- 3) se il dolore rimane al di sopra di tale livello per due rilevazioni consecutive la terapia analgesica va riconsiderata;
- 4) devono essere definite le linee guida e le indicazioni per la somministrazione di oppioidi per vie alternative a quella orale;
- 5) devono essere disponibili nelle differenti confezioni e conservati secondo le norme vigenti i farmaci oppioidi, quali la morfina;
- 6) devono essere disponibili nelle singole aziende dispositivi per l'infusione di farmaci attraverso varie vie di somministrazione;
- 7) si auspica che le singole aziende si adoperino affinché vengano costituite (ove non esistenti) strutture specialistiche di terapia del dolore e cure palliative per la presa in carico delle persone affette da dolore cronico di difficile trattamento.

4.5. Valutazione dei risultati del progetto.

Si suggerisce di utilizzare i seguenti processi di valutazione dei risultati del progetto:

- 1) valutazione periodica della prevalenza del dolore in ospedale;
- 2) valutazione del grado di soddisfazione dei pazienti;
- 3) verifica del grado di preparazione degli operatori sanitari, utilizzando un questionario su attitudini e conoscenze;
- 4) verifica periodica dell'avvenuta misurazione del dolore e della sua regolare indicazione in cartella clinica;
- 5) altre misure di outcome potranno essere stabilite secondo le caratteristiche dei malati afferenti alle diverse Unità Operative;
- 6) valutazione del consumo di farmaci analgesici.

Capitolo del PSSR della Regione Lombardia relativo a Ospedale senza Dolore e creazione della rete per le Cure Palliative

5. Le cure palliative, la terapia del dolore e gli interventi assistenziali nella fase finale della vita

La razionalizzazione dell'intervento sanitario nell'ultimo periodo di vita delle persone affette da una malattia inguaribile rappresenta uno tra gli obiettivi da raggiungere nel prossimo triennio. In Regione Lombardia oltre 27.000 persone muoiono ogni anno a causa di una malattia neoplastica e la maggior parte di esse necessita di un piano personalizzato di cura ed assistenza in grado di garantire la migliore qualità di vita residua possibile durante gli ultimi mesi di vita. Tale fase, definita comunemente «fase terminale», è caratterizzata da progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile trattamento, primo fra tutti il dolore, e da una sofferenza globale che coinvolge anche il nucleo familiare e quello amicale, mettendo in crisi la rete di relazioni sociali ed economiche del malato. La fase terminale non è caratteristica solo della malattia oncologica, ma anche dell'ultimo periodo di vita di persone affette da patologie croniche irreversibili ed invalidanti interessanti altri apparati e sistemi, quali quello respiratorio (ad es. insufficienza respiratoria refrattaria nei pazienti broncopneumopatici cronici), cardiocircolatorio (es. pazienti affetti da miocardiopatie dilatative), neurologico (ad es. malattie degenerative quali la sclerosi multipla), epatico (es. cirrosi). Anche alcune malattie infettive, in primo luogo l'AIDS, possono rendere necessario un intervento rivolto alla cura dei sintomi nelle fasi che precedono la morte del paziente, anche se le recenti innovazioni terapeutiche hanno notevolmente modificato il percorso clinico di questa tipologia di malati. Come recentemente indicato nell'Accordo del 19 aprile 1999 della Conferenza Unificata in relazione all'«Organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative» (G.U. n. 110 del 14 maggio 2001) non sono disponibili dati epidemiologici certi che possano identificare in modo preciso le necessità assistenziali di questo secondo macroaggregato di persone affette da malattie inguaribili: secondo stime effettuate a livello nazionale e riportate nell'Accordo del 19 Aprile i bisogni potrebbero interessare un numero di persone annualmente compreso fra il 50 ed il 100% rispetto a quello sopra riportato per la malattia neoplastica. In base a tale analisi il numero di persone in fase terminale da assistere annualmente in Regione Lombardia sarebbe perciò compreso fra 40.000 e 54.000.

77 - Creazione della rete per le cure palliative

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
77.AC1	Assistenza/cura	Percorso assistenziale	Integrazione ospedale territorio	N. persone assistite

La continua modifica dello stato soggettivo ed obiettivo della persona inguaribile nelle fasi avanzate di malattia, in genere nei tre mesi precedenti la morte, rende necessario nella maggior parte dei casi un progetto assistenziale integrato, multidisciplinare, multiprofessionale ed in équipe, in grado di offrire un intervento caratterizzato da continuità nelle 24 ore, preparazione professionale degli operatori coinvolti ed elevato standard di empatia/umanizzazione.

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del paziente, mutevoli anche in modo rapido ed imprevedibile, rende necessario programmare

un sistema di rete che renda possibile l'integrazione di differenti modelli e livelli di intervento e dei differenti soggetti coinvolti.

La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la famiglia, ove presente, possano essere guidati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal paziente e dal nucleo familiare nel 70-80% dei casi, e le strutture di degenza specificamente dedicate al ricovero di pazienti in fase avanzata e terminale di una malattia terminale, non assistibili presso la propria casa, per cause sanitarie o socio-economiche (20-30% dei casi).

La rete sanitaria dovrà essere strettamente integrata con quella socio assistenziale al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, alla quale dovrà essere fornito un adeguato supporto religioso.

Particolarmente stimolata e favorita dovrà essere l'integrazione nella rete delle numerose organizzazioni non profit, in particolare di quelle di volontariato, attive da anni nella realtà regionale nel settore delle cure palliative e della terapia del dolore.

Le modalità di intervento saranno ispirate agli standard delle «cure palliative», intendendo con tale termine, secondo quanto indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità', «l'insieme degli interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva, totale, dei malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale (in detti interventi) è il controllo del dolore e degli altri sintomi, e più in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali».

78 - Attivazione delle UOCP

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
78.AP1	Assistenza/programmazione	Unità operative di cure palliative	Coordinamento rete	Almeno 1 UOCP per 500.000 abitanti

Per la parte realizzativa il piano sanitario si ispira a quanto contenuto nella normativa nazionale in materia di interventi nelle fasi finali di vita, sia in quella specificamente riferita alle cure palliative (L. 39 del 26 febbraio 1999; DM San. del 29 settembre 1999; DPCM del 20 gennaio 2000; Accordo della Conferenza Unificata del 19 Aprile 2001), sia in quella più generale (P.S.N. 1998-2000: tutela dei soggetti deboli; P.O. AIDS di cui al DPR dell'8 marzo 2000; Provvedimento della Conferenza Permanente Stato Regioni del Marzo 2001, Accordo Collettivo Nazionale per i medici di medicina generale DPR n. 270/2000).

Le indicazioni programmatiche regionali in tema di cure palliative sono già state delineate nella DGR n. VI/39990 del 30 novembre 1998 «Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative». Esse sono state successivamente integrate dalla DGR n.VII/1884 del 31 ottobre 2000, relativa agli «Adempimenti conseguenti all'attuazione del «Programma nazionale per la realizzazione di strutture di cure palliative da proporre al Ministero della Sanità ai sensi del Decreto Ministeriale del 28 settembre 1999». Quest'ultima DGR contiene il «Programma per la realizzazione dei centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali di cui alla legge n.39/99».

Secondo le indicazioni del «Programma» contenuto nella DGR 1884/2000, la rete regionale per le cure palliative dovrà essere finalizzata all'integrazione degli interventi professionali e solidaristici offerti negli ambiti assistenziali domiciliari, ospedalieri e residenziali ed alla implementazione di una loro adeguata offerta su tutto il territorio regionale. In stretta integrazione con l'opera del medico di medicina generale e con l'attività distrettuale il coordinamento sarà affidato alle Unità Operative di Cure Palliative (UOCP), almeno una ogni 500.000 abitanti, in modo tale da poter garantire al paziente la continuità di percorso

attraverso i differenti livelli assistenziali possibili, secondo principi di congruità, adeguatezza e qualità.

A seconda delle esigenze della persona malata, gli interventi al domicilio dovranno essere garantiti in modo continuativo secondo due modalità tra loro integrate: l'«Assistenza domiciliare Integrata», caratterizzata dal coinvolgimento del medico di medicina generale in un progetto assistenziale e del GCP (gruppo di cure primarie) ad elevata intensità di cura, oppure il «passaggio in cura globale (PIC) alle équipes delle UOCP», su delega da parte del MMG, che comunque è chiamato a partecipare alle attività dell'équipe assistenziale secondo modalità che garantiscano corretti rapporti deontologici e trasparenti attribuzioni delle responsabilità professionali. Il PIC è comunque da considerarsi una modalità di intervento del tutto eccezionale e da riservarsi a quelle situazioni che ne garantiscano un sicuro profilo di appropriatezza. La modalità di intervento ordinaria è da riferirsi all'ADI, avuto riguardo alla necessità di allocarvi adeguate risorse anche con l'effettiva attivazione dei GCP. Nel caso dell'ADI il medico di medicina generale potrà avvalersi in modo prioritario della consulenza dei medici e del personale della UOCP ospedaliera di riferimento.

Qualora, sin dall'inizio o nel corso del percorso assistenziale non fosse attuabile un programma di intervento domiciliare e, qualora le problematiche fossero prevalentemente di tipo sanitario, il malato dovrà essere ricoverato prioritariamente presso le strutture di degenza delle Unità Operative di cure palliative (comunemente definite in altre regioni «hospice ospedalieri»), limitando al minimo il ricorso al ricovero presso altre unità di degenza. Qualora le necessità prevalenti fossero di tipo socio assistenziale, alle persone malate deve poter essere garantito il soggiorno, anche temporaneo, presso strutture assistenziali residenziali, non sanitarie, autorizzate ed accreditate all'assistenza dei malati terminali (cd. «hospice residenziali»).

Ai pazienti deve poter essere garantito anche l'accesso alle UOCP anche in regime ambulatoriale e secondo la modalità della ospedalizzazione diurna.

Secondo quanto indicato dalla DCR n.VI/1294 del 29 luglio 1999 «Piano Oncologico triennale 1999-2001 e istituzione dei dipartimenti oncologici nella Regione Lombardia» le UO di cure palliative potranno entrare a far parte dei Dipartimenti Oncologici, tenendo in considerazione che l'attività di cure palliative non dovrà essere rivolta in modo esclusivo alle persone affette da patologia tumorale, secondo quanto indicato in premessa.

Obiettivi prioritari del Piano sanitario per l'intervento rivolto alle persone nelle fasi finali di vita sono:

1. Implementazione della rete delle cure palliative con particolare riferimento agli interventi domiciliari, sia di base che specialistici, ed alla creazione delle UOCP con strutture di degenza proporzionate alle esigenze
2. Coinvolgimento del medico di medicina generale nei processi assistenziali
3. Predisposizione di un livello efficiente di interventi di controllo del dolore e degli altri sintomi, integrando gli interventi nelle attività relative al Progetto regionale per l'ospedale senza dolore
4. Integrazione della rete sanitaria con quella socio-assistenziale
5. Formazione del personale operativo nella rete
6. Informazione della popolazione sui livelli assistenziali offerti
7. Coinvolgimento delle organizzazioni non profit, in particolare delle organizzazioni di volontariato da anni operative a livello regionale nel settore delle cure palliative

79 – Ospedale senza dolore

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
79.AP1	Assistenza/programmazione	Comitati ospedalieri	Sensibilizzazione al problema del dolore in ospedale	N. comitati ospedalieri attivati

Nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni raggiunto nella seduta del 24 maggio 2001 e pubblicato in G.U. n.149 del 29 giugno 2001 sono contenute le «linee guida per la realizzazione dell'«ospedale senza dolore»».

Nell'ambito di una strategia di miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine, verrà data attuazione ad un Progetto regionale per la realizzazione di «comitati per l'ospedale senza dolore» presso le strutture sanitarie regionali.

Secondo procedure di indirizzo da emanarsi successivamente, attraverso la costituzione dei suddetti «comitati», potranno essere raggiunte le seguenti finalità indicate nell'Accordo del 24 maggio:

1. Assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie ed in particolare in quelle ospedaliere;
2. Coordinare l'azione delle differenti équipe e la formazione continua del personale medico e non medico coinvolti nella rilevazione e nel controllo del dolore, nei suoi differenti aspetti;
3. Promuovere interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, assicurando anche una valutazione periodica del loro consumo;
4. Promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore;

Il comitato dovrà inoltre:

1. 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;
2. Assicurare il monitoraggio dei livelli di applicazione delle linee guida del trattamento del dolore e la valutazione di efficacia;
3. Promuovere la elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti, in relazione alla cura del dolore.

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 2
IL PROGETTO HPH PER L'OSPEDALE SENZA DOLORE	pag. 5
IL GRUPPO DI LAVORO	pag. 8
METODOLOGIA DI RILEVAZIONE DEL DOLORE NELLA PRATICA CLINICA	pag. 9
FORMAZIONE DEGLI OPERATORI	pag. 17
INFORMAZIONE DELLA POPOLAZIONE	pag. 20
L'APPROCCIO TERAPEUTICO	pag. 21
VERIFICA	pag. 23
CONCLUSIONI	pag. 25
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	pag. 26
ALLEGATO 1: <i>Scheda per la rilevazione delle Strutture Sanitarie che hanno svolto attività formativa nell'ambito dell' Ospedale senza Dolore</i>	pag. 27
ALLEGATO 2: <i>Scheda di rilevazione delle attività di informazione ai cittadini nell'ambito dell' Ospedale senza Dolore</i>	pag. 33
ALLEGATO 3: <i>Scheda per la rilevazione dell'approccio terapeutico nell'ambito dell' Ospedale senza Dolore</i>	pag. 36
ALLEGATO 4: <i>Scheda per la rilevazione dell'attività effettuata</i>	pag. 39
APPENDICE 1: <i>La normativa nazionale e regionale</i>	pag. 40
APPENDICE 2: <i>Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto Ospedale senza Dolore</i>	pag. 41
APPENDICE 3: <i>Capitolo del PSSR della Regione Lombardia relativo a Ospedale senza Dolore e creazione della rete per le Cure Palliative</i>	pag. 46