

## XII. Rete terapia del dolore

### Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

<b>Ruolo</b>
Componenti Tavolo di Lavoro ASUR Terapia del Dolore

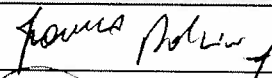
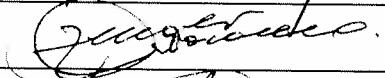
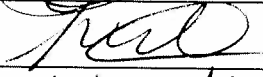
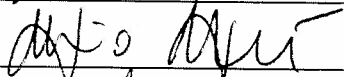
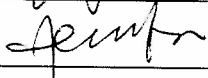

### Applicazione Normativa

<b>ASUR</b>
<b>DGRM 1219/2014</b> "Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR" <b>DM 70/2015:</b> "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" <b>Intesa Stato Regioni del 25/07/2015</b> <b>DGR 325/2015:</b> "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale della Terapia del Dolore"

<b>Obiettivi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Attuazione dell'intesa Stato Regioni del 25/07/2012, come da DGR 645/2013 e DGR 325/2015 : rete per la terapia del dolore ASUR secondo un modello Hub&amp;Spoke.</li> <li>Analisi dell'attuale organizzazione, capillarità del servizio, implementazione della cultura della dignità della sofferenza.</li> </ul>

Documentazione prodotta	Barrare la casella corrispondente
1. Documento (protocollo)	✓
2. Allegati	✓
3. Flow chart	✓

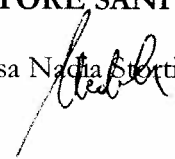
### Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
COORDINATORE TAVOLO	FRANCO	DOLCINI	
REFERENTE TESI	STACCOLO	ZENOBI	
REFERENTE IFR	ANCORELLO	CAUSSO	
REFERENTE AV5	MAURIZIO	MASSETTI	
REF. "ORIMO"	FRANCO	FERRARARA	
REF "FABRIANO"	GIAMPIERO	MANNELLI	

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
COORD. INF. FABIANO	FRANCESCO	LIPPENA	Francesco Lippena
INF. DISTRETTO P.D.	COPPIN	BRUNA	Coppin Bruna
Rappresentante AU 3	LUIGI FILIPPO	WARDI	Luigi Filippo Wardi

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Nadia Storti



## Allegato: RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

### **Premessa: riferimenti normativi**

Alla luce della DGR 325 del 20/04/2015 avente per oggetto: “Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale della Terapia del Dolore”, si rende necessaria la riorganizzazione della attività di Terapia del Dolore in ambito ASUR e la definizione della possibilità di integrazione con le attività già svolte dalle AA.OO (Ospedali Riuniti di Ancona e Marche Nord).

La DGR 325/15 indica i requisiti minimi delle strutture Spoke e dell'unico Hub regionale; definisce la sede dell' Hub in AV3 e il numero degli spoke: “uno o più per AV in base alla distribuzione dei PO”.

La messa a regime di tale organizzazione dovrà avvenire entro ottobre 2016 (Conferenza Stato Regioni n° 32 19 febbraio 2015, in attesa di recepimento da parte della Regione Marche) .

La Det. 612/DG del 16/09/2015 che recepisce la DGRM 665/2015, tra gli obiettivi sanitari prevede per il 31/12/2015:

- avviare almeno un centro spoke per AV
- monitorare consumo farmaci oppioidi maggiori secondo il valore di riferimento indicato dalla det. 612/DG.

### **Criticità attuali e mancato governo della domanda**

La ricognizione effettuata dal gruppo nel primo semestre 2015 presso i PO ASUR ha mostrato, oltre all'estrema frammentazione della proposta attuale, la quasi totale saturazione della stessa a causa sia della scarsità della offerta che della mancanza di governo della domanda.

## Proposta organizzativa

In termini organizzativi, la Rete per la Terapia del dolore in ambito ASUR dovrà essere declinata considerando:

- che i requisiti minimi contenuti nei precedenti accordi Stato Regioni e recepiti dalla DGR 325/2015, superano in alcune situazioni l'attuale offerta esistente e pertanto si rende necessario programmare un percorso di avvicinamento a tali standard minimi passando **per una fase intermedia**, da attuarsi entro i prossimi 6 mesi, tendente a omogeneizzare la tipologia delle prestazioni, le sedi di erogazione delle stesse e il governo della richiesta nell'ambito dell'ASUR; i successivi 10 mesi serviranno alla messa a regime dell'Hub regionale di AV3 e degli Spoke;
- che l'AV3 in quanto sede di Hub ingloberà nello stesso anche le attività di spoke (v. ipotesi per AV3);
- che esistono AA.VV. nelle quali i requisiti minimi di spoke sono già soddisfatti o comunque facilmente raggiungibili con parziali rimodulazioni dell'offerta e senza ulteriore aggravio di risorse umane e/o economiche;
- che vanno ipotizzate, almeno in una prima fase della costruzione della rete, soluzioni definite come **"spoke trasversale"** di AV non ancora in linea con i requisiti minimi, al fine di ridurre la necessità di risorse umane e contestualmente creare le condizioni di governo della richiesta e di soddisfacimento della stessa.
- **che i MMG con le loro aggregazioni territoriali previste dagli accordi (AFT) rappresentano il cardine principale della rete**
- **che la rete può realizzarsi solo in presenza di:**
  - PDTA condivisi tra i vari nodi della rete e conferimento del paziente per complessità;
  - flusso circolare delle informazioni cliniche;
  - aggiornamento del nomenclatore tariffario per una valorizzazione omogenea dell'attività di terapia del dolore che permetta di ottenere dati comparabili e univoci (v. Allegato 1);
  - uniformità ed appropriatezza del regime e delle sedi di erogazione della prestazione (ambulatoriale, domiciliare, percorso ambulatoriale complesso, DH, DS e ricovero ordinario) anche alla luce del contenimento della migrazione verso regioni viciniori;
  - presenza di personale di supporto adeguatamente formato e in numero sufficiente.

## **L'HUB Regionale**

Con la citata DGR 325/2015 è stato individuato come Centro Hub Regionale il PO di Macerata della AV3 definendo compiti, requisiti e quindi attività; gli aspetti salienti sono:

- erogazione di interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità, in regime di ricovero ordinario, DH o PAC;
- approccio interdisciplinare con team dedicati o rete di consulenze;
- verifica e aggiornamento procedure diagnostiche e terapeutiche, emanazione di linee guida;
- la presenza di due specialisti in Anestesia e Rianimazione e di un'equipe multiprofessionale dedicata;
- attività di ricovero, continuità assistenziale h12 + pronta disponibilità h24 + ambulatorio per esterni 5gg/sett per un totale di 30 h;
- l'implementazione di percorsi formativi e di ricerca scientifica sul dolore e sulle terapie disponibili, in collaborazione con altri centri nazionali e internazionali;
- attività di consulenza ospedaliera e per pazienti in assistenza domiciliare.

## **Ipotesi messa a norma HUB Regionale AV3 Macerata**

I requisiti minimi per l'Hub contenuti nei precedenti Accordi Stato Regioni e già fatti propri con delibera dalla Regione Marche superano di gran lunga l'attuale offerta esistente in AV3 e pertanto si rende necessario programmare un percorso di avvicinamento a tali standard minimi passando per una fase intermedia, da attuarsi entro i prossimi 6 mesi, tendente a omogeneizzare la tipologia della prestazione, le sedi di erogazione delle stesse e il governo della richiesta nell'ambito dell'AV3.

I successivi 10 mesi serviranno alla messa a regime dell'Hub regionale di AV3 in termini di adeguamento delle risorse economiche e umane coinvolgendo già dalla fase programmatoria - organizzativa i Responsabili di AV3 del Servizio Professioni Sanitarie per quanto di loro competenza.

Per i compiti di coordinamento della Rete Dolore Regionale, per la complessità della gestione e per i volumi di attività ordinaria in essere, è auspicabile che in sede di manutenzione annuale delle reti cliniche da parte del Coordinamento dei Direttori delle Aziende la UO Terapia Dolore di AV3 venga trasformata da struttura semplice dipartimentale in struttura complessa a valenza di riferimento regionale (DGR 1219/2014).

## Lo Spoke e lo Spoke trasversale di AV

Lo Spoke ha sede in un ambulatorio ospedaliero (ai sensi della DGR 325/15) e/o in un ambulatorio territoriale accreditato (ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 25/07/2012) anche in considerazione della imminente applicazione della DGR 735/13 relativa alla riduzione della frammentazione ospedaliera e conseguente istituzione delle Case della Salute.

Allo Spoke la normativa corrente attribuisce la “funzione di filtro relativamente al sintomo dolore”, e vi opera almeno un medico specialista in anestesia e rianimazione dedicato con comprovata esperienza nelle attività di terapia antalgica, supportato da una procedura organizzativa che garantisca la presenza di un infermiere esperto durante lo svolgimento di attività invasive.

Lo “Spoke trasversale” si realizza tra due stabilimenti confinanti del Presidio Unico di Area Vasta e/o centri territoriali (come già indicato) che mettono in condivisione risorse al fine di garantire interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, e di chirurgia minore variamente integrati, finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone assistite.

In ogni Spoke sono garantite sia la presenza di almeno un anestesista rianimatore dedicato ad attività di terapia antalgica che di un infermiere esperto per lo svolgimento di attività invasive complesse e Perogazione di tutte le prestazioni di terapia del dolore previste in regime ambulatoriale:

- inquadramento diagnostico;
- valutazione del dolore con scale validate;
- interventi terapeutici;
- valutazione dell'efficacia del trattamento;
- impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione.

L'attività deve essere garantita per almeno 18 ore settimanali (12 ore nel caso di Spoke trasversale) ai pazienti esterni; il centro Spoke inoltre si interfaccia, qualora sia utile per la gestione dei casi complessi, con il Centro Hub e le altre strutture diagnostico-terapeutiche che hanno in carico il paziente.

Gli operatori sono tenuti a registrare nelle cartelle cliniche ambulatoriali informazioni relative ai casi trattati (inquadramento diagnostico, valutazione dolore con scale validate, piano terapeutico, consenso informato, valutazione efficacia trattamento, *follow-up*), ad aggiornare il registro prestazioni, fornire una relazione al MMG, comprensiva del piano terapeutico antalgico.

### **Sintesi dei criteri per lo Spoke:**

- apertura per almeno 18 ore settimanali (12 ore per lo spoke trasversale) dell'ambulatorio di TD in ogni sede;
- attività ed organizzazione come da DGR 325/15;
- individuazione, quando non già fatto, di un responsabile clinico-organizzativo delle suddette attività.

## Offerta di TD in AV3

Attualmente sono operativi i seguenti centri di TD:

- Macerata: visite, DH, consulenze domiciliari
- Tolentino: infiltrazioni in scopia, procedure in DS e ricovero ordinario, consulenze domiciliari

In questi centri operano 2 medici, 1 coordinatore, 9 infermieri, 6 OSS, 1 psicologa. Oltre che per la Terapia del Dolore, il personale Medico, Infermieristico, la Psicologa e gli OOSS sono impiegati anche per l'assistenza in Hospice e nelle cure palliative domiciliari.

- Recanati: procedure in DS e RO, DH, visite; personale disponibile 1 medico per 18 ore + un infermiere di SO
- San Severino: visite, infiltrazioni, consulenza domiciliare; personale disponibile 1 medico per 18 ore e un infermiere di SO quando non impegnato in attività istituzionale

## AV3 criticità rilevate e soluzioni proposte:

### I - Mancata circolazione delle informazioni cliniche

La gestione delle attività ambulatoriali eseguite in queste TD è effettuata direttamente su cartaceo o su piattaforma informatica proprietaria; ne consegue la non condivisione delle informazioni cliniche tra i vari ambulatori.

*Soluzione:* attivazione del programma di gestione ambulatoriale come già in uso a Macerata anche alla TD di Recanati e San Severino. Tempi di attuazione immediati con la necessità di un corso di formazione per operatori della durata di un 1 mese.

### II - Assenza di protocolli condivisi di diagnosi e cura e di gestione dell'urgenza

*Soluzione:* riorganizzare le attività di TD in AV3 in logica di rete con l'applicazione di PDTA condivisi sia a livello clinico che organizzativo gestionale, iniziando dalle patologie più frequenti (per esempio: dolore lombare, dolore oncologico, dolore osteoartrosi, nevralgia, urgenza, eccetera).

### III - Mancanza personale di supporto per mansione specifica

In particolare per TD San Severino il supporto infermieristico è garantito dalla buona disponibilità alla collaborazione del personale di sala operatoria se presente al momento e quindi con difficoltà nel pianificare attività di media complessità (peridurale antalgica).



*Soluzione:* attraverso progetto con Servizio Professioni Infermieristiche, assicurare la presenza preordinata di un infermiere per almeno il 50% delle attività svolte in ambulatorio e del 100% in caso di attività di media complessità, al fine di finalizzare al periodo nel quale si svolgono le attività invasive un infermiere dedicato (anche a turno) tra quelli della sala operatoria.

Per TD Recanati: garantire la presenza di un TSR per l'attività programmata con l'amplificatore di brillantezza, assicurando l'utilizzo ottimale dell'apparecchio in condizioni di sicurezza per il paziente e gli operatori, in collaborazione con il medico, ai sensi della normativa vigente.

#### IV - Appropriatezza del regime di erogazione della prestazione

Da una prima disamina critica delle attività in DH presso TD Recanati emerge la possibilità di erogare in regime ambulatoriale la maggior parte delle prestazioni rese in DH.

#### V - Sedi di erogazione della prestazione

Assenza di attività ambulatoriale presso il PO di Civitanova Marche; l'attività di DS e DO risulta troppo frammentata fra i presidi di Recanati e Tolentino.

Nell'ottica del recupero di efficienza ed appropriatezza, si propone:

- 6.7 per le procedure previste in DS e DO di individuare un'unica sede di erogazione nello spoke di Tolentino, sotto un unico centro di costo;
- 6.8 per le procedure ambulatoriali in SO di mantenere sia una seduta a Recanati e una a Tolentino;
- 6.9 dopo rimodulazione delle attività di TD Recanati potrebbe liberarsi un turno di 6 ore da utilizzare a Civitanova Marche; un altro turno potrebbe scaturire da un progetto retribuito di AV3 per i sanitari delle TD;
- 6.10 prevedere inoltre un meccanismo di compensazione, sempre con progetto retribuito, sulle attività ambulatoriali di Recanati e Civitanova in caso di assenza del Medico Referente locale.

**Risorse necessarie (fase intermedia)**

AV	SEDE	MEDICI		INFERMIERI	
		ESISTENTE	INCREMENTO/ DECREMENTO	ESISTENTE	INCREMENTO/ DECREMENTO
3	MACERATA	36 ORE	0 ORE	36 ORE	0 ORE
	TOLENTINO	12 ORE	6 ORE	6 ORE	12 ORE
	RECANATI	18 ORE	-6 ORE	18 ORE	-6 ORE
	CIVITANOVA MARCHE	0 ORE	12 ORE	0 ORE	12 ORE
	SAN SEVERINO	18 ORE*	-6 ORE	0 ORE	12 ORE

*\*Su progetto*

AV	SEDE	TECNICO RADIOLOGIA	
		ESISTENTE	INCREMENTO
3	TOLENTINO	12 ORE	6 ORE
	RECANATI	0 ORE	6 ORE

### Analisi dell'offerta di terapia del dolore (ad eccezione di AV3):

1. AV in cui è presente attività di TD che *rispetta o supera i criteri minimi* dello Spoke di 18 ore settimanali di apertura ai pazienti esterni:

- AV1 (Urbino-Fossombrone)
- AV4 (Fermo-Amandola) \*

\*: la det. DG 350/2015 non prevede la UOS già esistente ai sensi della normativa

#### Interventi necessari per la messa in rete di queste strutture:

- analisi delle attività svolte
- verifica del rispetto dei criteri di cui DGR 325/15 per gli Spoke
- eventuale rimodulazione dell'offerta sanitaria, delle attività e delle procedure
- individuazione Responsabile Medico

2. AV in cui è presente attività di TD che *non rispetta i criteri minimi* di 18 ore di apertura ai pazienti esterni per ogni Spoke o non offre tale servizio in modo strutturato:

- AV2 (Senigallia, Osimo, Jesi, Fabriano)
- AV5 (San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno)

#### Interventi necessari per la messa in rete di queste strutture:

- analisi delle attività svolte
- individuazione di Spoke trasversali con rimodulazione dell'offerta sanitaria, delle attività e delle procedure secondo il presente modello:

#### AV2:

AV	SEDE	MEDICI		INFERMIERI	
		ESISTENTE	INCREMENTO	ESISTENTE	INCREMENTO
2	SENIGALLIA*	8 ORE	4 ORE	8 ORE	4 ORE
	OSIMO	6 ORE	6 ORE	6 ORE	6 ORE
	JESI	9 ORE	3 ORE	9 ORE	3 ORE
	FABRIANO**	6 ORE	6 ORE	6 ORE	6 ORE

\* Su progetto

*\*\* E' stata manifestata la disponibilità da parte della UO di Fabriano di mettere a disposizione sin da subito 12 ore settimanali di un medico anestesista.*

**AV5:**

AV	SEDE	MEDICI		INFERMIERI	
		ESISTENTE	INCREMENTO	ESISTENTE	INCREMENTO
5 ***	ASCOLI PICENO	0	12 ORE	0	12 ORE
	SAN BENEDETTO	12 ORE	0	12 ORE	0

*\*\*\* presenza di mobilità attiva dall'Abruzzo da non perdere*

- individuazione Responsabile Medico

3. AV in cui insistono AA.OO. con attività di TD: AV1 e AV2

Insistendo le 2 AA.OO. in aree metropolitane densamente popolate, potrebbe essere opportuno per l'ASUR individuare percorsi integrati e condivisi con le AA.OO secondo modalità amministrative da definire, per recuperare professionalità e competenze acquisite e garantire un'offerta più equilibrata alla popolazione, mantenendo la possibilità di sfruttare gli ambulatori distrettuali territoriali sulla base dei requisiti per lo Spoke individuati dalla DGR 325/15.

## Attivazione della rete dolore: la gestione del dolore

**Obiettivi:** garantire in modo diffuso le cure contro il dolore e contestualmente mantenere il paziente dentro il sistema sanitario regionale.

**Gestione del paziente:** informare gli utenti sulla possibilità di curare il dolore e sui diritti di cura, tramite ricorrenti campagne informative in tutte le AV, indicando la disponibilità dei nodi della rete in ogni ambito sanitario; **si propone la celebrazione di una giornata della lotta contro il dolore.**

Il percorso lineare della gestione e presa in carico del paziente con il dolore nasce a livello di qualsiasi accesso al SSR da parte dell'utente (visita MMG, Specialista A/O, Sistema Emergenza, altro), nel momento in cui venga effettuata la rilevazione della presenza e della intensità del dolore.

In caso di dolore correlato a patologia specifica, il paziente, inserito nel corretto PDTA, verrà trattato per il dolore in modo sintomatico con rivalutazione a breve della persistenza e della intensità del sintomo.

Se invece il dolore non risulta correlato o non sia ben controllato nello specifico PDTA, il MMG o Specialista di riferimento inizierà a trattare il paziente con farmaci del I e II gradino della scala OMS (protocollo dolore).

In ogni caso quando non si riesca a controllare il sintomo sia per intensità che per difficoltà di gestione (effetti collaterali da terapia analgesica), sarà necessario conferire il paziente alla rete dolore.

### Accesso Alla Rete del Dolore

Il paziente viene conferito al nodo della rete di prossimità (SPOKE) dove si effettuano:

- valutazione intensità dolore (v. scala NRS) e complessità di trattamento (AUDIT interno)
- trattamento a livello SPOKE o conferimento e trattamento a livello superiore (HUB);
- se si ottiene beneficio, conferimento al MMG; altrimenti, rivalutazione periodica per successivi trattamenti.

## **Ruolo del MMG**

Le aggregazioni territoriali dei MMG previste dagli accordi (AFT) rappresentano un nodo di base fondamentale nella rete e necessitano delle maggiori attenzioni:

- formazione MMG, corsi specifici, ricorso ad audit, aggiornamento cadenzato;
- creazione di percorsi clinico terapeutici condivisi tra MMG e centri Spoke-Hub, protocolli;
- creazione di un sistema di verifica sul conferimento pazienti agli altri nodi della rete.

### Obiettivi specifici per i MMG:

- favorire la crescita della terapia del dolore (come diagnosi e cura) in ambito MMG, aumentando conoscenza e consapevolezza;
- utilizzo di percorsi per riferire i pazienti ai centri hub/spoke, riducendo l'utilizzo di percorsi non appropriati;
- capacità nel gestire l'eventuale riaffido del paziente dai centri.

### **Indicatori di risultato per l'attuazione della presente proposta operativa:**

- rispetto cronogramma
- Indicatori da utilizzare per il monitoraggio della rete
  - espletamento prima visita urgente entro 72 ore: >90%
  - espletamento prima visita urgente domiciliare entro 72 ore: >70%
  - presenza di almeno uno spoke o di uno spoke trasversale in ogni PO dell'ASUR entro 3 mesi dall'avvio della rete clinica: 100%
  - utilizzo di PDTA condivisi per la diagnosi ed il trattamento delle patologie dolorose più comuni: >50%
  - compilazione piano terapeutico e di relazione al MMG: >90%
  - effettuazione AUDIT tra gli specialisti di Rete Terapia del Dolore a cadenza semestrale: 100%

**Fig. 1: Flow chart accesso alla Rete Terapia del Dolore ASUR**

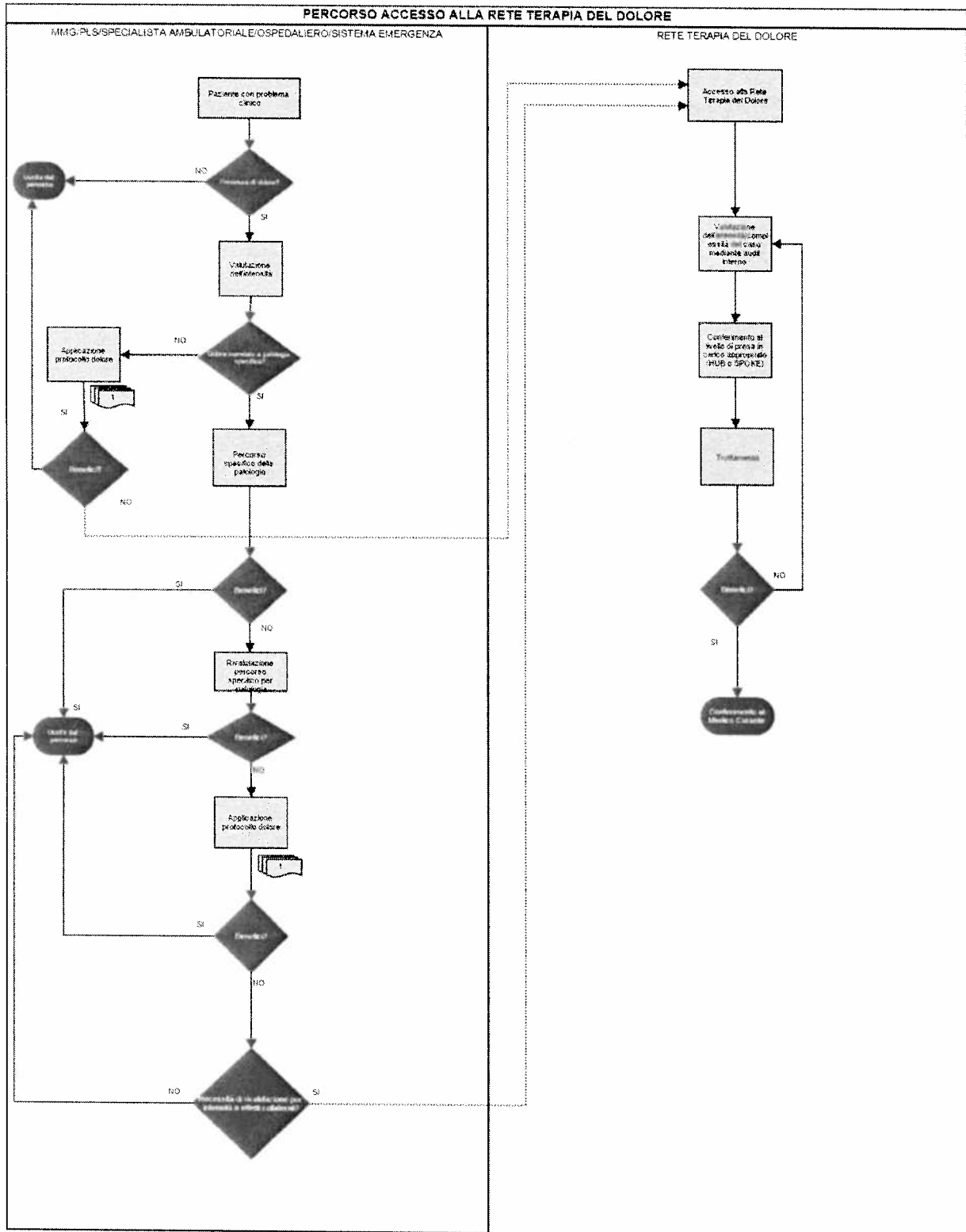
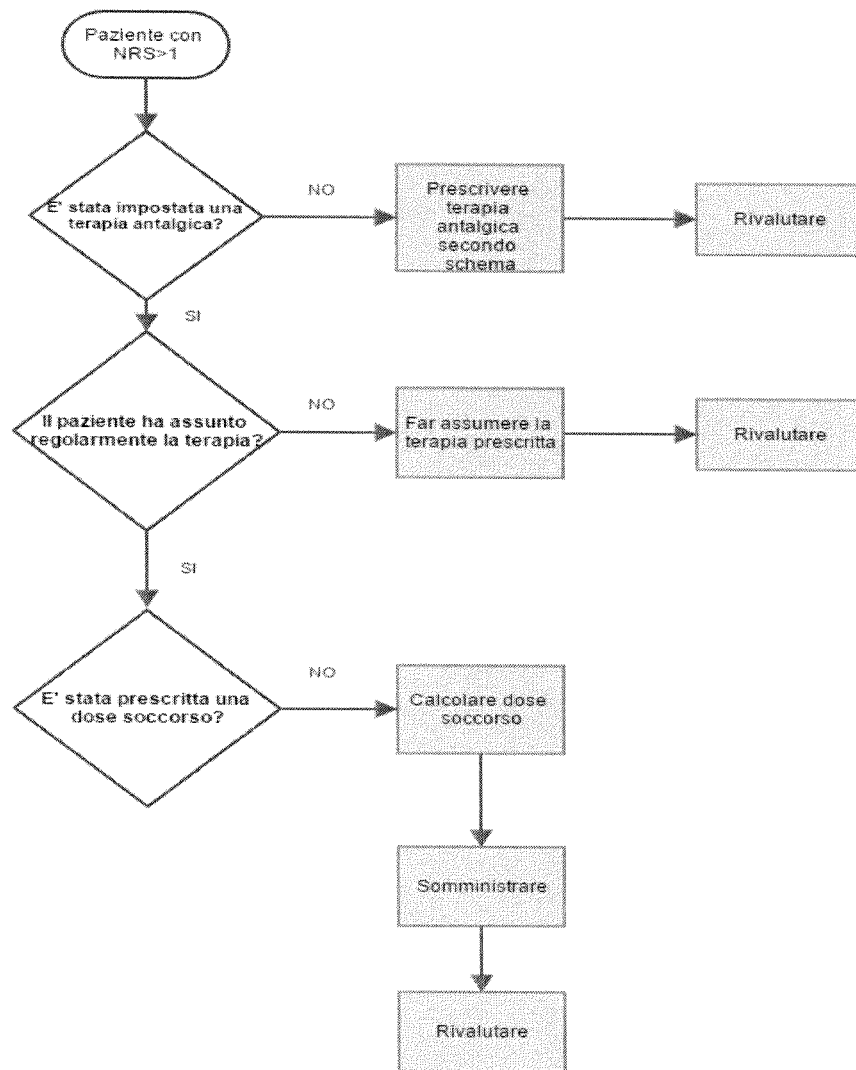


Fig. 2: Protocollo terapia del dolore

*Protocollo terapia del dolore*

---





### Fig. 3: SCALA NRS

(Fonte: DGR 1233/2010 "Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico nell'adulto - Integrazione alla DGR 470/2008")

#### Scale per la misurazione dell'intensità del dolore

Per la rilevazione e misurazione sistematica del dolore, si propone un modello integrato di scala numerico-visiva costituito da una linea orizzontale di 100 mm contrassegnata da 0 a 10 ad intervalli regolari di 10 mm.

Fig 1



### Fig. 4: Schema terapia del dolore

VALORE SCALA NRS	GRADINO SCALA OMS	TERAPIA
7-10	III	<i>Vedi schema terapia con oppioidi</i>
4-6	II	Paracetamolo-codeina 1-2 x 3/die Tramadolo gtt 15-20 x 3-4/die ± FANS
1-3	I	FANS (ketoralac 10 gtt x 3/die, paracetamolo 0,5-1 gr x 3/die)

- ✓ Una volta somministrati i farmaci previsti per i gradini I e II, è opportuno rivalutare il dolore dopo 60 minuti.
- ✓ Se il valore della scala **NRS** è rimasto **invariato** allora è necessario **passare al gradino successivo e/o aggiungere adiuvanti**.
- ✓ Se il valore della scala **NRS** è risultato **inferiore a 3** è necessario **ricalcolare la terapia** in base al fabbisogno delle 24 ore.

Fig. 5 Schema terapia con oppiacei (valore della scala NRS: 6-10)

VALORE SCALA NRS	PRECEDENTE TERAPIA CON OPIACEI	TERAPIA DA SOMMINISTRARE	
6-10	PAZIENTE GIÀ IN TRATTAMENTO	TERAPIA ORALE	Calcola dose soccorso: 20% dose 24 h + 50-100%
		TERAPIA INIETTIVA	Calcola dose soccorso: 1/4 (1/3 dose orale 24h + 10%) e somministra
	PAZIENTE NON IN TRATTAMENTO	TERAPIA ORALE	5-10 mg morfina solfato (4-12 gtt) e somministra
		TERAPIA INIETTIVA	3-5 mg morfina cloridrato e somministra

- ✓ Una volta somministrata la terapia è opportuno rivalutare il dolore **dopo 60 minuti**, in caso di somministrazione di farmaci **per os**, dopo **15 minuti** in caso di somministrazione di farmaci **ev** e **30 minuti** in caso di somministrazione di farmaci **sc**.
- ✓ Se il valore della scala **NRS** risulta pari a **7-10** si può **raddoppiare la dose**. Dopo **2-3 cicli inefficaci** considerare lo **switch** o **rivalutazione**.
- ✓ Se il valore della scala **NRS** risulta pari a **4-6** si può **somministrare nuovamente la stessa dose** e quindi **ripetere la valutazione**.
- ✓ Se il valore della scala **NRS** risulta pari a **1-3** si può **ripetere** la terapia somministrata **al bisogno** e quindi **ricalcolare la terapia in base al fabbisogno delle 24 ore**.

## *Note all'uso della morfina*

### *a. Regole generali*

- ✓ preferire la somministrazione per os
- ✓ a orario fisso
- ✓ proporzionale all'intensità del dolore
- ✓ gestione effetti collaterali
- ✓ calcolare dose soccorso

### *b. Conversione della morfina (tolleranza maggiore=dividendo minore)*

- ✓ os/sc2-3/1
- ✓ os/ev 3/1
- ✓ os/fentanyl TTS 2-3 mg/h = 25 mcr/h
- ✓ os/buprenorfina TTS 1,6 mg/h = 35 mcr/h
- ✓ sc/ev 2/1

### *c. Equivalenza tra oppiacei e morfina orale*

- ✓ codeina 5/1 – 3/1
- ✓ tramadolo 6/1-10/1
- ✓ idromorfone 1/5
- ✓ ossicodone 1,5

## Cronogramma

### CRONOGRAMMA prima fase

obiettivo/mesi	1	2	3	4	5	6
informatizzazione						
formulazione PDTA						
personale supporto						
appropriatezza regime erogazione						
sedi erogazione						

## Allegato 1

NOTA	CODICE	DENOMINAZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA	Note esplicative
I	89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO per valutazione terapia del dolore		
I	89.7A.01	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale.		
I	03.90	Iniezione di farmaci nel canale vertebrale in portatore di catetere peridurale		
I		Infiltrazione punti trigger		
I		Medicazione sistemi chirurgici		
I H		Programmazione pacemaker/pompa spinale elettronica		Prestazioni da prevedere nel regime ambulatoriale
I H		Rifornimento pompa esterna/elastomero esterno		
<b>Legenda</b>				
I si intende nuovo inserimento (nuove prestazioni)		H Indica le prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero, ovvero ambulatori protetti		

REGIME AMBULATORIALE	REGIME DI RICOVERO		PRESTAZIONI TERAPIA ANTALGICA	NOTE
	DH/DS	RO		
X			Visita e controllo	Tale prestazione, ai fini della determinazione dei livelli di attività, è conteggiata solo nel regime ambulatoriale
	X		Blocco anestetico della catena del simpatico	
	X		Blocco anestetico del Ganglio di Gasser	**
X			Blocco anestetico nervo periferico	
?			Blocco anestetico plesso celiaco/nervi splancnici	
		X	Blocco neuroolitico plesso celiaco/nervi splancnici	
X			Blocco peridurale	
	X		Blocco regionale endovenoso del simpatico con guanetidina	
	X		Catetere peridurale con port sottocutaneo	
	X		Catetere peridurale/subaracnoideo	
X			Iniezione di farmaci nel canale vertebrale in portatore di catetere peridurale	
X			Catetere perineurale	
	X		Catetere venoso centrale tunnellizzato o con port	
		X	Cordotomia	*
	X		Denervazione faccette articolari	
	X		Discolisi/Neuroplastica/	**
	X	X	Cifoplastica/Vertebroplastica	
		X	Epidurolisi endoscopica	**
	X		Impianto Perineurale Periferico	
X	X	X	Indagini neurofisiologiche	**
X			Infiltrazione faccette articolari intervertebrali	
X			Infiltrazione foraminale	
X			Infiltrazione intra articolare (con Rx)	
X			Infiltrazione intra articolare (senza Rx)	
X			Infiltrazione periarticolare	
X			Infiltrazione punti trigger	
X			Magnetoterapia	*
X			Medicazione sistemi chirurgici	
		X	Neurolisi catena del simpatico	
		X	Neurolisi del ganglio di Gasser	**
X	X		Neurolisi nervo periferico	
		X	Neurolisi subaracnoidea	**
		X	Posizionamento elettrocatetere midollare (SCS)	**

		X	Posizionamento sistema da infusione spinale totalmente impiantabile	**
	X		Posizionamento/sostituzione pacemaker per SCS	
X			Programmazione pacemaker/pompa spinale elettronica	
X			Rifornimento pompa esterna/elastomero esterno	
		X	Test farmacologici e.v.	osservazione del paziente (secondo il farmaco)
	X	X	Test farmacologici subaracnoidei	osservazione del paziente (secondo il farmaco)
<b>Prestazioni di indagini neurofisiologiche (teletermometria) devono essere eseguite in ambiente idoneo</b>				
<b>*prestazioni opzionali</b>				
<b>** prestazioni opzionali di alto livello</b>				
Si potrebbe introdurre per alcune prestazioni dei valori soglia per l'effettazione delle stesse in regimi assistenziali di maggiore intensità (es. dal regime ambulatoriale al DH/RO) sulla base della classificazione ASA				





Tabella 1: attuale offerta terapia del dolore ASUR Marche, anno 2015

Area Vasta	AV1	AV2	AV3	AV4	AV5								
Sette	Pesaro	Urbino	Fossombr.	Ancona	Fabriano	Jesi	Senigallia	Macerata	PO Recanati	San Severino	Fermo/Amandola	Ascoli	San Benedetto
Organizzazione	amb osp in AV	amb osp Loreto	amb osp Loreto	amb, Terapia del dolore	UO Anestesia e Rianimazione	UOS terapia del dolore	UOSD del PO dolore, copie anche Tolentino	UOS terapia dolore	UOS terapia dolore	UOS terapia dolore	Centro Terapia Dolore	Terapia del dolore dedicata oncologia osp	amb. Ospedaliere in rete con altri centri
Domicilio	osp	osp	amb osp	amb osp	si	si	si	si	si	si	6h/sett	no	Si non strutturata amb osp
Amb terr/osp	3	3	1	1	6 su 4 settimane	si	si	si	si	si	5/sett	no	si
Ospedale				6h	6h	6h	6h	18h/sett	18h/sett	18h/sett	36h/sett	6h/die	Amb 12h/sett
Giornt													si
Orario													
Reper. Telefonica													
Medicid													
Specializzazione	2	2	2	2	6	6	5	2	1	1	2		
MMG	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia
Infermieri	si	si	si non dedicati	si non dedicati	si non dedicati	1 coord. + 12	si	si	si	no	3		anestesia richiesta per domicilio 1 coord dedicato+2 inf non dedicate
OSS													
Psicologi													
Volontari													
Punti di forza	ampio bacino	collegato con PS, PO Osimo, Chiaravalle, RSA	adozione scheda del dolore - formazioni e per MMG e personale ospedaliere	Collegamento online per l'attività domiciliare	continuità H- dom ADI - res; tempi attesa brevi - ospedale senza dolore - scheda dolore	equipe multidisciplinari partecipa studi multicentrici, centro di riferimento, tempi rapidi a domicilio	si	percorsi formativi, collaborazione con MMG e altri centri, ampio bacino di utenza - adozione scheda del dolore			Formazione e collaborazione con MMG		
Criticità	Risorse- Domicilio - percorso osp/terr	Risorse			Risorse - no urgenza - insufficiente formazione	Risorse - tempi attesa offerta insufficiente					eccesso di richieste in urgenza	assenza medici	
Proposte					personale dedicato - integrazione - formazione caregiver								Risorse e orari limitati, liste di attesa, mancato riconoscimento, sala operatoria non disponibile, no collaborazione con oncologi
Referente tavolo	dr Marchi	Dr. Ferrara	Coord Lippeta - dr Martinielli	dr. Bernacconi	dr. Zenobi	dr Luigi Nardi	dr.ssa Pompei	dr Maurizio Massetti					

