



fondata nel 1952

**SOCIETA' ITALIANA DI FARMACIA OSPEDALIERA
E DEI SERVIZI FARMACEUTICI DELLE AZIENDE SANITARIE**

**Corso residenziale di aggiornamento
a carattere nazionale**

**CORSO SUPERIORE SIFO IN FARMACIA CLINICA
ED. 2017-2018 – I ANNO**

LEGGE 38/2010



Catania

17 Ottobre 2017

Sergio Mamei

**U.O. MEDICINA DEL DOLORE
OSPEDALE ONCOLOGICO - CAGLIARI**

APPROVAZIONE UNANIME E BIPARTISAN



Senato della Repubblica

XVI LEGISLATURA

N. 1771

DISEGNO DI LEGGE

approvato dalla Camera dei deputati il 16 settembre 2009,
in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge

d'iniziativa dei deputati BINETTI, BOBBA, CALGARO, COLANINNO, FARINONE, GRASSI, MOSELLA e SARUBBI (624); POLLEDRI, JANNONE, LUPI e RIVOLTA (635); Livia TURCO, BINETTI, BOSSA, FIORONI, LENZI, MURER, PEDOTO, SBROLLINI e VELO (1141); FARINA COSCIONI, Maurizio TURCO, BELTRANDI, BERNARDINI, MECACCI e ZAMPARUTTI (1312); BERTOLINI, BARBIERI, BERNARDO, BIANCONI, BONCIANI, CALABRIA, CARLUCCI, CASSINELLI, CASTELLANI, CASTIELLO, CATONE, CESARO, CIRIELLI, COLUCCI, CONSOLO, CRISTALDI, DE CORATO, DE NICHILO RIZZOLI, DI BIAGIO, DIVELLA, Renato FARINA, Gregorio FONTANA, Vincenzo Antonio FONTANA, FRASSINETTI, GIRLANDA, HOLZMANN, IANNARILLI, LA LOGGIA, LAMORTE, LISI, MARINELLO, Giulio MARINI, MAZZOCCHI, MIGLIORI, MISTRELLO DESTRO, ORSINI, PAGANO, PAGLIA, PALMIERI, PELINO, PIANETTA, PISO, PORCU, RAISI, ROSSO, SANTELLI, SBAL SPECIALE, STASI, TORRISI, VELLA, VENTUCCI e VITALI (1738); COTA, DI VIRGILIO, POLLEDRI, VIGNALI, PAGANO, ALESSANDRI, ALLASIA, ANGELI, BARANI, BARBA, BARBIERI, BERNARDO, BITONCI, BONINO, BUONANNO, CALABRIA, CASSINELLI, CASTIELLO, CATANOSO, CATONE, CHIAPPORI, CICCIOLO, COLUCCI, COMAROLI, CROSIO, DAL LAGO, DE ANGELIS, DE CAMILLIS, DE CORATO, DE NICHILO RIZZOLI, DI BIAGIO, DIVELLA, FALLICA, Renato FARINA, FEDRIGA, FOLLEGOT, Vincenzo Antonio FONTANA, FORCOLIN, Tommaso FOTI, FRANZOSO, FUCCI, FUGATTI, GALATI, GAROFALO, GERMANÀ, GOISIS, IANNAÇCONE, IAPICCA, LABOCCHETTA, LISI, LO MONTE, LUSSANA, MACCANTI, MANCUSO, MARINELLO, Giulio MARINI, MAZZ MILANATO, MOFFA, Laura MOLteni, MUNERATO, Angela NAPOLI, NEGRO, NUCARA, PAGLIA, PALMIERI, Antonio PEPE, PIANETTA, PICCHI, PISO, PORCU, RAISI, RIVOLTA, RONDINI, RUVOLO,

XXVI LEGISLATURA

XVI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

SAGLIA, SBAL, SCALERA, SCALIA, SPECIALE, STEFANI, TOCCAFONDI, TORAZZI, TORRISI, TORTOLI, TRAVERSA, VALENTINI, VELLA, VENTUCCI, VERSACE e ZACCHERA (1764-ter); DI VIRGILIO, BARANI, SCAPAGNINI, BOCCIARDO e DE NICHILO RIZZOLI (1830); SALTAMARTINI, POLLEDRI, LOMBARDO, BERTOLINI, PAGANO, LA LOGGIA, PALUMBO, DI VIRGILIO, BARANI, CASTELLANI, BOCCIARDO, DE NICHILO RIZZOLI, CICCIOLO, DE LUCA, FUCCI, GAROFALO, GIRLANDA, MANCUSO, PATARINO, PORCU, SCAPAGNINI, STAGNO D'ALCONTRES, ABELLI, Gioacchino ALFANO, ALLASIA, ANGELI, APREA, ARACRI, ASCIERTO, BARBARO, BARBIERI, BELCASTRO, BERARDI, BERNARDO, BERNINI BOVICELLI, BERRUTI, BIANCOFIORE, BIAVA, BONINO, BRAGANTINI, BRIGANDI, BRIGUGLIO, CARLUCCI, CASTIELLO, CATANOSO, CATONE, CAZZOLA, CERONI, CESARO, CHIAPPORI, CICU, CIRIELLI, COMAROLI, COMMERCIO, CONSIGLIO, CRISTALDI, CROSIO, DE ANGELIS, DE CAMILLIS, DE CORATO, DE GIROLAMO, DELL'ELCE, DI BIAGIO, DI CATERINA, DE DIVELLA, FALLICA, Renato FARINA, FEDRIGA, FOLLEGOT, Vincenzo Antonio FONTANA, FORCOLIN, FORMICHELLA, Antonino FOTI, Tommaso FOTI, FRANZOSO, FRASSINETTI, GALATI, GARAGNANI, GERMANÀ, GHIGLIA, GIBBINO, GIDONI, GIUDICE, GOISIS, GRIMALDI, GRIMOLDI, IANNARILLI, IAPICCA, LABOCCHETTA, LAINATI, LAMORTE, LANDOLF, LAZZARI, LO PRESTI, MACCANTI, MALGIERI, MARINELLO, MAZZONI, MIGLIORI, MILANESE, MILO, MINARDO, MINASSO, MOFFA, NASTRI, NIZZI, NOLA, MONDELLO, MOTTOLA, MURGLIA, Angela NAPOLI, NICOLA MOLTENI, ORSINI, PALMIERI, PAOLINI, PAROLI, PELINO, Antonio PEPE, PETRENGA, PIANETTA, PICCHI, PILI, PITTELLI, POLIDORI, PUGLIESE, RAINIERI, RIVOLTA, ROMELE, RONDINI, Mariarosaria ROSSI, ROSSO, RUBEN, SAGLIA, SARDELLI, SAVINO, SBAL, SCALIA, SCANDROGLIO, SCCELLI, SISTO, SOGLIA, SPECIALE, STASI, STRADELLA, TADDEI, TESTONI, TOCCAFONDI, TOGNI, TORAZZI, TORRISI, TORTOLI, VALDUCCI, VELLA, VENTUCCI, VIGNALI e VOLPI (1968-ter)

(V. Stampati Camera nn. 624, 635, 1141, 1312, 1738, 1764-ter, 1830 e 1968-ter)
Trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza
il 18 settembre 2009

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative
e alle terapie del dolore

LA CURA DEL DOLORE È UN ... DIRITTO DEL CITTADINO

19-3-2010

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 65

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 15 marzo 2010, n. 38.

Legge 15 marzo 2010, n. 38

Disposizioni per garantire l'accesso
alle cure palliative e alla terapia del dolore
(G.U. 19 marzo 2010, n. 65)

Malattia “DOLORE”



Gerusalemme

Percorsi di diagnosi e di cura

Legge 15 marzo 2010, n. 38

12 articoli

Art. 1 Finalità

Art. 2 Definizioni

Art. 3 Competenze del Ministero della salute e Conferenza Stato-Regioni

Art. 4 Campagne di informazione

Art. 5 Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore

Art. 6 Progetto «Ospedale-Territorio senza dolore»

Art. 7 Obbligo di riportare la rilevazione del dolore nella cartella clinica

Art. 8 Formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario

Art. 9 Monitoraggio ministeriale per cure palliative e terapia del dolore

Art. 10 Semplificazione procedure di accesso ai medicinali terapia del dolore

Art. 11 Relazione annuale al Parlamento

Art. 12 Copertura finanziaria

La legge

TUTELA IL DIRITTO DEL CITTADINO AD ACCEDERE ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE ... al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze...

- tutela e promuove la **qualità della vita** fino al suo termine
- promuove un **adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale** della persona malata e della famiglia.

- a) **« cure palliative »**: l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia **alla persona malata sia al suo nucleo familiare**, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici;
- b) **« terapia del dolore »**: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, **allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore**;

d) « **reti** »: la rete nazionale per le cure palliative e la rete nazionale per la terapia del dolore, **volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio** e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome.

CURE PALLIATIVE

**TERAPIA
DEL DOLORE**

DUE RETI **DISTINTE
di strutture sanitarie e
professionisti**

DOLORE



CONTROLLATO



ALGOLOGIA



**CONTROLLO
DEL DOLORE**

distinzione

SOFFERENZA



GESTITA



**CURE
PALLIATIVE**



**GESTIONE DELLA
SOFFERENZA**

(Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore)

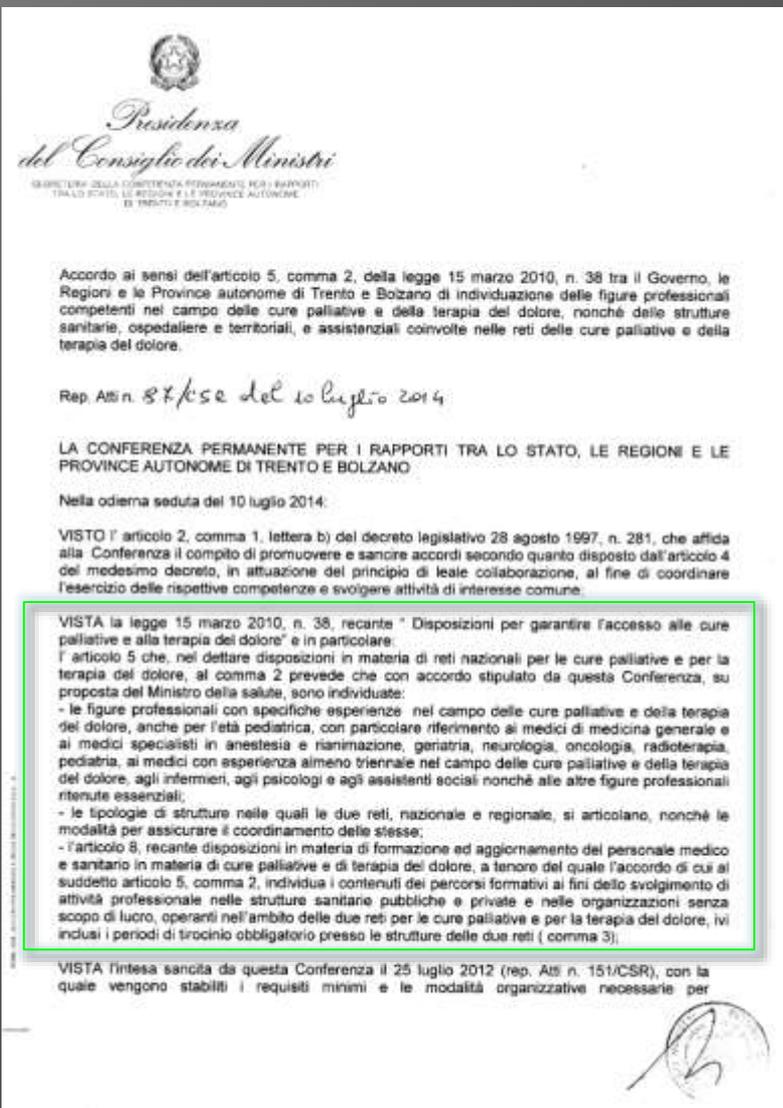
ENTRO 3 MESI dalla data di entrata in vigore della presente legge in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni

SONO INDIVIDUATE LE FIGURE PROFESSIONALI

MMG; Medici Specialisti in Anestesia-Rianimazione, Geriatria, Neurologia, Oncologia, Radioterapia, Pediatria, Infermieri, Psicologi e Assistenti Sociali

Legge 15 marzo 2010, n. 38

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore



VISTA la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante

“ **Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore**” e in particolare:

l' articolo 5 che, nel dettare disposizioni in materia di reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore, al comma 2 prevede che con accordo stipulato da questa Conferenza, su proposta del Ministro della salute, sono individuate:

-le **figure professionali** con specifiche esperienze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai **medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale** nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli **infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali** nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali;

-le **tipologie di strutture** nelle quali le due **reti**, nazionale e regionale, si articolano, nonché le modalità per assicurare il coordinamento delle stesse;

- l'articolo 8, recante disposizioni in materia **di formazione ed aggiornamento** del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore, a tenore del quale l'accordo di cui al suddetto articolo 5, comma 2, **individua i contenuti dei percorsi formativi ai fini dello svolgimento di attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro**, operanti nell'ambito delle due reti per le cure palliative e per la terapia del dolore, ivi inclusi i periodi di tirocinio obbligatorio presso le strutture delle due reti (comma 3);

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome,
nei seguenti termini:

Art. 1

1. Le **cure palliative** sono garantite, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali :

- a) medico specialista in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia;
- b) medico di medicina generale,
- c) psicologo specialista;
- d) infermiere, fisioterapista, dietista;
- e) assistente sociale, operatore socio – sanitario.

2. Le figure professionali di cui al comma 1 possono essere integrate dall'assistente religioso.

Art. 2

1. La **terapia del dolore** è garantita, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali :

- a) **medico specialista in anestesia, rianimazione e terapia intensiva;**
- b) **in rapporto alla specificità delle diverse patologie tramite il supporto dei medici specialisti in geriatria, medicina interna, neurologia, oncologia medica, radioterapia ;**
- c) medico di medicina generale,
- d) psicologo specialista;
- e) infermiere, fisioterapista.



Art. 3

1. Le cure palliative e la terapia del dolore pediatrico sono garantite, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali :

- a) medico specialista in pediatria , anestesia, rianimazione e terapia intensiva;
- b) pediatra di libera scelta;
- c) psicologo specialista;
- d) infermiere, infermiere pediatrico, fisioterapista, dietista;
- e) assistente sociale, operatore socio – sanitario.

2. Le figure professionali di cui al comma 1 possono essere integrate dall'assistente religioso.

Art 6

1. L'allegato tecnico al presente Accordo, che ne costituisce parte integrante, definisce i contenuti dei percorsi formativi obbligatori e omogenei in termini di conoscenza, competenza ed abilità previsti per le figure professionali operanti nelle reti di cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, ai fini dello svolgimento dell'attività professionale.

Art. 3

1. Le cure palliative e la terapia del dolore pediatrico sono garantite, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali :
 - a) medico specialista in pediatria , anestesia, rianimazione e terapia intensiva;
 - b) pediatra di libera scelta;
 - c) psicologo specialista;
 - d) infermiere, infermiere pediatrico, fisioterapista, dietista;
 - e) assistente sociale, operatore socio – sanitario.
2. Le figure professionali di cui al comma 1 possono essere integrate dall'assistente religioso.

Art 6

1. L'allegato tecnico al presente Accordo, che ne costituisce parte integrante, definisce i contenuti dei percorsi formativi obbligatori e omogenei in termini di conoscenza, competenza ed abilità previsti per le figure professionali operanti nelle reti di cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, ai fini dello svolgimento dell'attività professionale.

2012



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

Rep. n. 151/CSM del 25 luglio 2012

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

Nell'odierna seduta del 25 luglio 2012:

2013



Al Ministro della Salute

Roma, 11 luglio 2013

4665/R.P./2013

Oggetto: Osservazioni sulla Bozza del Regolamento art. 15 comma 13 lett. c) D.L. 6 luglio 2012 n. 95.

Signore presidente,

in relazione alla Sua nota, riguardante la mancata definizione di posti letto per acuti dedicati alla terapia del dolore, nel documento di cui all'oggetto si osserva che nell'ultima stesura, già discussa con le Regioni ed approvata, è stata definita tale dotazione, in ottemperanza alla Legge 38/2010, secondo i criteri di seguito riportati.

Ciascuna struttura ospedaliera Hub di terapia del dolore, definita secondo quanto previsto dall'Intesa sottoscritta in sede di Conferenza Stato - Regioni in data 25 luglio 2012, potrà disporre di un numero di 8-10 posti letto in relazione ai seguenti bacini di utenza:

- un Hub ogni 2,5- 4 mln di abitanti;
- uno Spoke (senza posti letto in cui si effettua terapia ambulatoriale anche con chirurgia complessa) ogni 0,3-0,5 mln di abitanti.

E' stata inoltre inserita la rete di terapia del dolore nel paragrafo 8 del suddetto documento tra le reti assistenziali che hanno una operatività sia a livello ospedaliero che a livello territoriale.

Si è così evitato ad una iniziale omissione dei posti letto di terapia del dolore in quanto tale disciplina al momento non rientra tra quelle attualmente presenti sul sistema informativo del Ministero della Salute.

Renato Balduzzi



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Atto di rettifica dell'Atto Repertorio n. 98/CSR del 5 agosto 2014 "Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Repertorio Atti n. *198/CSR* del *13-01-2015*

VISTO l'Atto di questa Conferenza del 5 agosto 2014, Rep. Atti n. 98/CSR;

CONSIDERATO che, il predetto Atto recava errori materiali di carattere omissivo, non essendo state recepite e formalizzate in un unico testo le osservazioni delle Regioni, accolte nel merito dal Ministero della salute e dal concertante Ministero dell'economia;

RITENUTO necessario, pertanto, procedere ad una rettifica del testo in epigrafe che, allegato al presente atto ne costituisce parte integrante, nel senso della sua formalizzazione in un testo coordinato e integrato con le osservazioni regionali;

Adotta

il seguente regolamento:

Art. 1

(Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera)

1. ~~Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera~~ delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera sono individuati nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante del presente Regolamento.

2. Le regioni provvedono, entro il 31 dicembre 2014, ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, ed i relativi provvedimenti attuativi, garantendo il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto nel corso del triennio 2014-2016, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni.



c) sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nelle relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso: le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio 30/CSR-2011), nonché le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU- 2011). A tal fine le regioni certificano, con riferimento ai posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, il numero dei posti con costo giornaliero inferiore al valore soglia, il numero di quelli con costo giornaliero superiore al valore soglia, il numero di quelli con specifica finalità assistenziale come definita dal presente comma;

3 Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

3.1 Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 ab) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 ab.), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.

Pertanto sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso (160 per 1000 abitanti) di ricoveri appropriati facendo riferimento alle Regioni con migliore performance sui tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo, si sono individuati i tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina o specialità clinica ed i relativi bacini di utenza. Per i Servizi senza posti letto si fa riferimento a volumi di prestazione attesi in appropriatezza ed efficienza dimensionale.

L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati, laddove le Regioni non dimostrino di avere già strutturato una rete, con caratteristiche di efficacia e appropriatezza, con un numero di strutture inferiore allo standard previsto.

Discipline o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Allergologia			2	1
Neurologia	0,3	0,15		
Neuropsichiatria infantile	4	2		
Oculetica	0,3	0,15		
Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4		
Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1		
Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15		
Otorinolaringoiatria	0,3	0,15		
Pediatria	0,3	0,15		
Psichiatria	0,3	0,15		
Tossicologia			6	4
Urologia	0,3	0,15		
Grandi ustionati	6	4		
Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2		
Terapia intensiva	0,3	0,15		
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	0,3	0,15		
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0,3	0,15		
Dermatologia	1,2	0,6		
Emodialisi			0,6	0,3
Terapia del dolore	4	2,5	0,5	0,3
Farmacologia clinica			n/a	

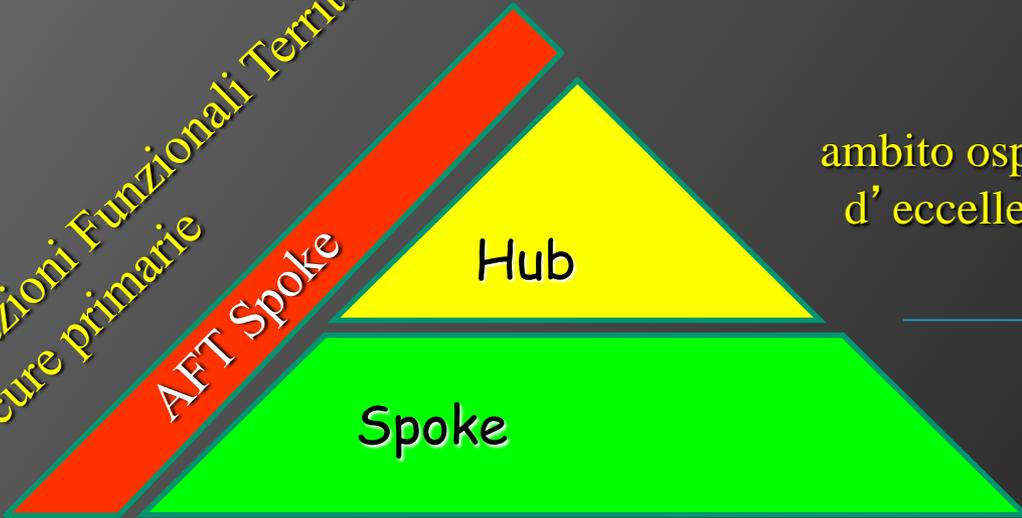
Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Terapia del dolore	4	2,5	0,5	0,3

**(PROGETTO
«OSPEDALE-TERRITORIO SENZA DOLORE»)**

Al fine di rafforzare l'attività svolta dai Comitati «Ospedale senza dolore» istituiti in attuazione del progetto «Ospedale senza dolore» ... che assume la denominazione di **PROGETTO «OSPEDALE-TERRITORIO SENZA DOLORE»**, **È AUTORIZZATA LA SPESA** di 1.450.000 € per l'anno 2010 e di 1.000.000 € per l'anno 2011.

PAIN MANAGEMENT NETWORK

Aggregazioni Funzionali Territoriali
delle cure primarie
AFT Spoke



ambito ospedaliero
d' eccellenza

ambito
ospedale
ambulatorio locale

Il Modello Hub-Spoke e i MMG

tre nodi complementari:

- i centri di riferimento di terapia del dolore (**hub**)
- l'ambulatorio di terapia antalgica (**spoke**)
- gli **ambulatori dei MMG**

si realizzano così le reti assistenziali contro il dolore.

Il modello sopra esposto potrà essere attuato solo se alla base verrà creata **una rete di MMG** in grado di fornire una prima risposta concreta alle esigenze dei cittadini, fungendo da triage per i centri hub e spoke riducendo così il ricorso al pronto soccorso per la cura del dolore

Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

Caratteristiche **AFT**

(Aggregazioni Funzionali Territoriali delle cure primarie)

Struttura organizzativa della medicina generale in grado di dare la prima risposta diagnostica-terapeutica alla persona con dolore previa adeguata formazione per i MMG al fine di conoscere e applicare i percorsi diagnostico terapeutici e riabilitativi (PDT dolore).

Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative
e alla terapia del dolore

Requisiti minimi per gli **spoke**
(centro ambulatoriale di terapia del dolore)

18 ore minimo di attività
settimanali

Livello: ospedaliero/territoriale

Garantisce tutte le prestazioni di terapia del dolore
previste in regime ambulatoriale

Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

Livello: ospedaliero

Requisiti minimi per gli HUB

12 ore minimo di attività giornaliera nei giorni feriali e festivi e reperibilità H24

Attività ambulatoriale di almeno 30 ore settimanali

Attività procedurali invasive ad alta complessità

Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

Centro HUB garantisce

- prestazioni specialistiche diagnostiche

(diagnosi clinico-strumentale del sistema somatosensoriale ed autonomico)

- erogazione prestazioni specialistiche di alto livello

(neurostimolazione spinale periferica, neuromodulazione spinale farmacologica, neurolesione del sistema simpatico e somatico, tecniche endoscopiche)

OBBLIGO DI RIPORTARE
LA RILEVAZIONE DEL DOLORE
ALL'INTERNO DELLA **CARTELLA CLINICA**,
NELLE SEZIONI MEDICA ED INFERMIERISTICA



*LE CARATTERISTICHE
DEL DOLORE RILEVATO*

*EVOLUZIONE DEL DOLORE
NEL CORSO DEL RICOVERO*

la tecnica antalgica
i farmaci utilizzati e, i relativi dosaggi
il risultato antalgico conseguito
la soddisfazione del paziente

**Il Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca**

istituirà dei **Master**

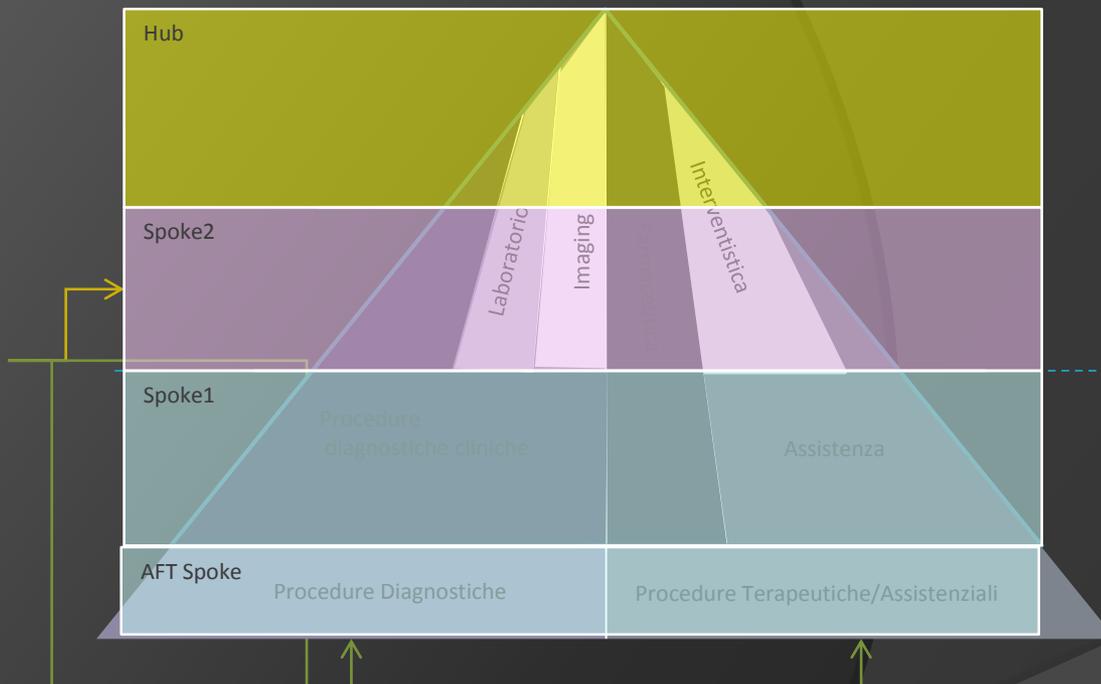
per le cure palliative e la terapia del dolore

PAIN MANAGEMENT NETWORK

Criteri di scelta del PDTA: esempi



- PDTA 1
- PDTA 2
- PDTA n
- ⋮



**SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE DI ACCESSO AI
MEDICINALI IMPIEGATI NELLA TERAPIA DEL DOLORE)**

all'articolo 43, dopo il comma 4 è inserito il seguente: «4-bis. Per la prescrizione, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di farmaci previsti dall'allegato III-bis per il trattamento di pazienti affetti da dolore severo, in luogo del ricettario di cui al comma 1, contenente le ricette a ricalco di cui al comma 4,

PUÒ ESSERE UTILIZZATO IL RICETTARIO DEL SSN

Legge 15 marzo 2010, n. 38

Sez. A in All. IIIbis prescritti per la “terapia del dolore” (es: morfina, buprenorfina)
E’ possibile la prescrizione con due differenti tipi di ricetta:

The image displays two distinct forms for medical prescriptions. The form on the left is the RMR (Ricetta Ministeriale a Ricalco), which is a black and white document. It features a header with 'SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE' and a grid of boxes for patient identification. Below this, there are sections for 'ACCREDITATO' (Accredited) and 'T. prescrizione' (Prescription type). The main body of the form contains a grid of boxes for recording medication details, including name, quantity, and frequency. The form on the right is the SSN (Normale ricetta 'rossa'), which is a red and white document. It includes a barcode at the top right and a grid of boxes for patient information. The main body of the form contains a grid of boxes for recording medication details, similar to the RMR form. A large 'FAC-SIMILE' watermark is overlaid on the RMR form.

RMR

Ricetta Ministeriale a Ricalco

SSN

Normale ricetta “rossa”

Registro uso oppioidi

Dolore Cronico Registro Italiano Buon Uso degli Analgesici

Visita Iniziale (V0 obbligatoria) data: ___/___/___

CENTRO: _____

PAZIENTE: N. progressivo [___][___] Età [___][___] anni Sesso [___] F [___] M

PATOLOGIA PRIMARIA

Lombalgia Lombosciatalgia/cruralgia Cervicobrachialgia
Sindromi muscolo-scheletriche :
 Artrosi ginocchio Artrosi anca Artrosi colonna Artrosi piccole articolazioni
Sindromi reumatologiche
 Artrite reumatoide
Sindromi neuropatiche
 Neuropatia diabetica Neuropatia delle piccole fibre neuropatia postherpetica
 Altro, specificare _____

TERAPIA ANALGESICA PRECEDENTE

Nessuna
 Paracetamolo e sue associazioni Continuo (almeno 2-3 volte a settimana) Saltuario (1-2 volte al mese)
 FANS Continuo (almeno 2-3 volte a settimana) Saltuario (1-2 volte al mese)
 Oppioidi Continuo (almeno 2-3 volte a settimana) Saltuario (1-2 volte al mese)
 Adjuvanti Continuo (almeno 2-3 volte a settimana) Saltuario (1-2 volte al mese)

PATOLOGIE CONCOMITANTI

Malattie dolorose non correlate alla patologia primaria (es . Herpes)
 altro, specificare
 emicrania –cefalea _____

Abusi di farmaci analgesici No Si (quali.....)

CARATTERISTICHE DOLORE

Tipo di dolore	<input type="checkbox"/> Spontaneo a riposo Evocato da <input type="checkbox"/> Carico <input type="checkbox"/> Movimento <input type="checkbox"/> Tosse/respiro/sfinteri/etc <input type="checkbox"/> Altro specificare _____
Durata	<input type="checkbox"/> 0 - 3mesi <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/> oltre 12 mesi
Localizzazione	<input type="checkbox"/> Arti superiori <input type="checkbox"/> Arti inferiori <input type="checkbox"/> Rachide cervicale <input type="checkbox"/> Rachide lombare <input type="checkbox"/> Tronco Articolazioni <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____
Andamento temporale	<input type="checkbox"/> continuo <input type="checkbox"/> intermittente <input type="checkbox"/> episodico

LEGGE 38/2010 DOLORE NEL BAMBINO

*There are no great discoveries
nor real progress on the
ground until there is an
unhappy child*

(A. Einstein)

Non esistono grandi scoperte nè reale progresso finché
sulla terra esiste un bambino infelice.