



Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



RETE TERAPIA DEL DOLORE - MILANO

XII EDIZIONE □□□■

MALATTIA DOLORE E RETE TERRITORIALE

IL DIRITTO DEL PAZIENTE AD ESSERE CREDUTO

Il PDTA sulla lombalgia come strumento di integrazione in rete

Dr Nicola Ladiana

SSD di Terapia del Dolore

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Ca' Granda - Milano

MILANO 23 > 24 MARZO 2017

AULA MAGNA · OSPEDALE NIGUARDA

IL CONTESTO

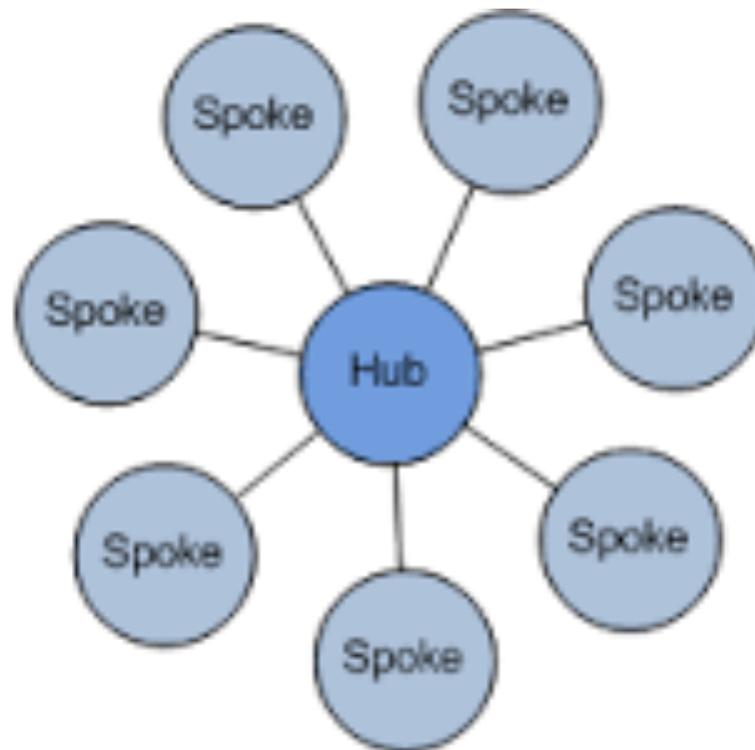


Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 4610

Seduta del 28/12/2012

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE E ALLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE IN REGIONE LOMBARDIA IN APPLICAZIONE DELLA LEGGE 38 DEL 15 MARZO 2010 "DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE"



Elementi costitutivi della rete

Elementi costitutivi della Rete di Terapia del dolore sono:

1. Struttura organizzativa Regionale di coordinamento della Rete di Terapia del dolore, istituita presso la Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia, garantisce, tra l'altro, l'opportuna sinergia tra i Centri erogatori che costituiscono la rete;
2. Centri di Terapia del dolore di Secondo Livello (CTDSL), solo Ospedalieri;
3. Centri ambulatoriali di Terapia del dolore di Primo Livello (CTDPL), Ospedalieri (CTDPL-O) e Territoriali (CTDPL-T);
4. Ambulatori dei Medici di Medicina Generale; anche nelle forme di aggregazione funzionale previste dagli Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale.

IL CONTESTO



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 2563

Seduta del 31/10/2014

PRIME DETERMINAZIONI IN MERITO ALLO SVILUPPO DELLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE IN REGIONE LOMBARDIA IN ATTUAZIONE ALLA D.G.R. N. IX/4610/2012

Centri HUB o CTDSL



**AO G. Salvini di Garbagnate Milanese –
P.O. di Garbagnate**



AO Niguarda Cà Granda di Milano



**AO Osp. di Circolo Fondazione Macchi di
Varese – P.O. Macchi di Varese**



IRCCS Fondazione S. Maugeri – Pavia

IL CONTESTO



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 4983

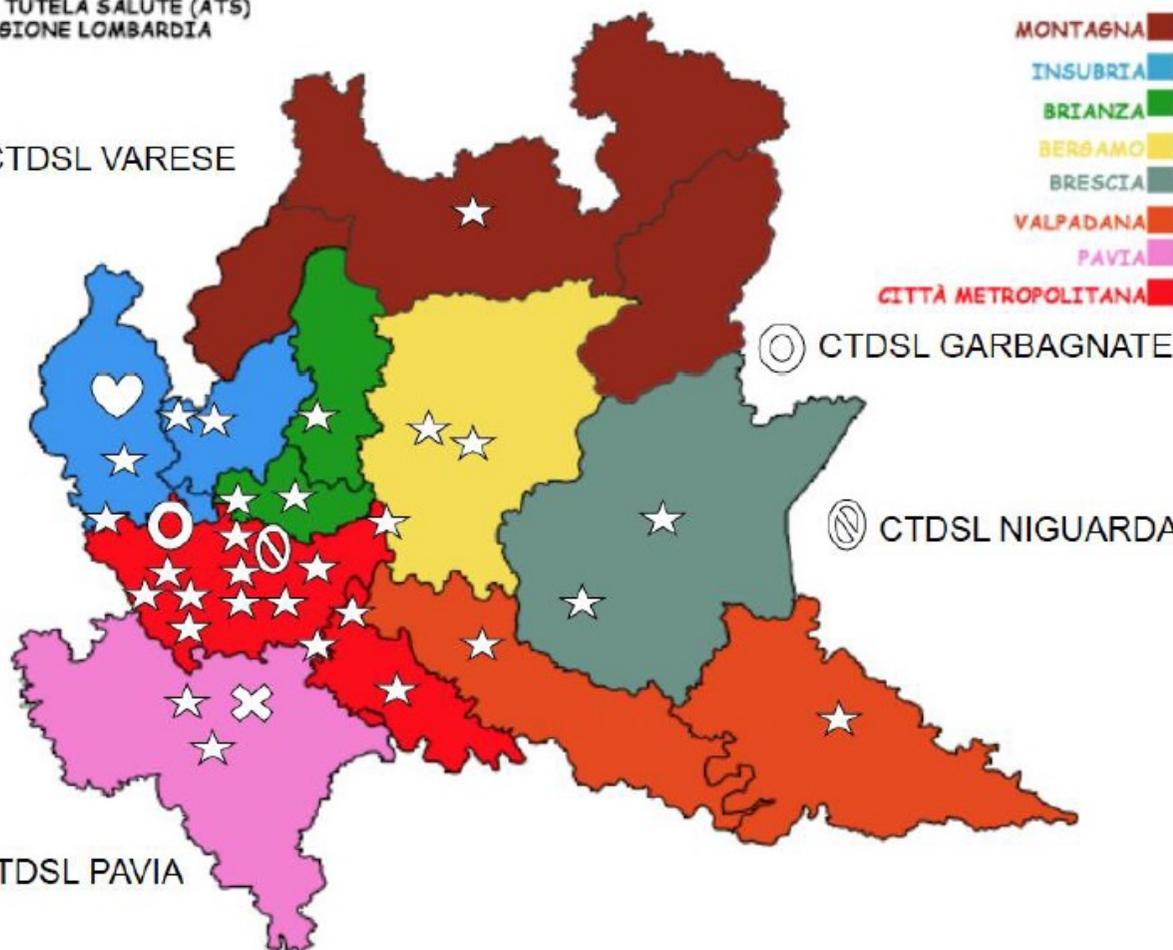
Seduta del 30/03/2016

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN MERITO ALLO SVILUPPO DELLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE IN REGIONE LOMBARDIA: INDIVIDUAZIONE DEI CENTRI DI TERAPIA DEL DOLORE DI PRIMO LIVELLO

AGENZIE TUTELA SALUTE (ATS)
IN REGIONE LOMBARDIA

♡ CTDSL VARESE

✕ CTDSL PAVIA



Rete Terapia del dolore

Distribuzione territoriale dei Centri di Terapia del Dolore di Primo e di Secondo Livello identificati in base all'analisi dei flussi informativi relativi al 2014 e primo semestre 2015 proiettati secondo l'evoluzione del sistema sanitario lombardo previsto dalla l.r.23/2015.

Logiche e modelli organizzativi per le reti ospedaliere: analisi di due casi aziendali

di Anna Prenestini, Clara Carbone, Isabelli Giusepi, Federico Lega, Luciano Flor, Claudio Garbelli¹



La costituzione delle reti tra gli ospedali:

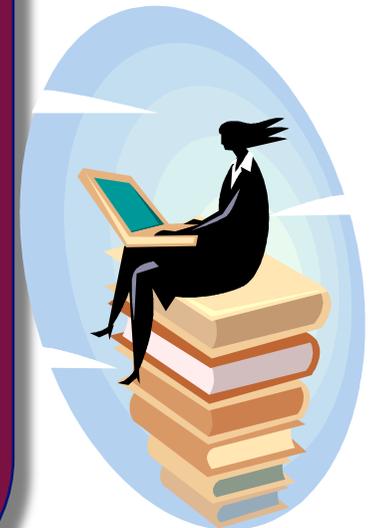
- non deve produrre una maggiore «circolazione» di pazienti, ma una **migliore canalizzazione iniziale** che eviti successivi trasferimenti e spostamenti.
- deve favorire una piena **conoscenza reciproca tra strutture e professionisti** (rete come veicolo di trasmissione di informazioni che possono aiutare il MMG, lo specialista o lo stesso paziente ad identificare la struttura più idonea per lo specifico problema clinico);
- deve favorire, attraverso le tecnologie informatiche, il **collegamento delle strutture e dei professionisti per lo scambio di pareri/consulenze, immagini e dati.**

National Library of Medicine – Medical Subject Heading

Clinical (o Critical) Pathways: *“Schedules of medical and nursing procedures, including diagnostic tests, medications, and consultations designed to effect an efficient, coordinated program of treatment.”*

SINONIMI

- **Percorso Diagnostico-Terapeutico (PDT),**
- **Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA),**
- **Percorso Assistenziale (PA),**
- **Percorso di cura,**
- **Care Maps,**
- **Pathway of Care,**
- **Integrated Care Pathway (ICP)**
- **.....**



PDTA in terapia del Dolore

- **Contestualizzare le raccomandazioni fornite dalle LG (Evidence Based)**
- **È uno strumento di gestione dei pazienti**
- **È prodotto da gruppi di lavoro multidisciplinari**
- **Definisce le modalità di diagnosi, trattamento e assistenza per le diverse Sindromi Algiche**

Ridurre ritardi e variazioni non necessarie nei trattamenti

Ottimizzare gli outcomes (il controllo del dolore)

Ridurre al minimo i rischi per il paziente

QUALITÀ PROFESSIONALE E

PERCORSI ASSISTENZIALI

MANUALI DI FORMAZIONE

PER LA VALUTAZIONE E IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PROFESSIONALE

A cura di Pierluigi Morosini, Francesco Di Stanislao, Giorgio Casati, Massimiliano Panella

Tappe della costruzione di un PDTA

- ➡ scelta e condivisione dell'approccio metodologico
- ➡ scelta del problema clinico (la Low Back Pain o LBP);
- ➡ costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare;
- ➡ specificazione dei criteri di inclusione od esclusione;
- ➡ individuazione delle pratiche professionali appropriate e degli indicatori relativi;
- ➡ analisi del contesto attuale;
- ➡ stesura del PDTA sulla LBP;
- ➡ applicazione sperimentale del PDTA sulla LBP;
- ➡ valutazione mediante indicatori di processo e di esito del PDTA sulla LBP;
- ➡ implementazione definitiva del PDTA sulla LBP;
- ➡ comunicazione dei risultati;
- ➡ monitoraggio dell'applicazione del PDTA sulla LBP.

**PERCORSO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE
(PDTA)
LOMBALGIA ACUTA
(2017)**



RETE TERAPIA DEL DOLORE - MILANO



Il Low Back Pain (LBP), con un'incidenza del 65,5% nella popolazione generale (dato europeo, SIP 2014), rappresenta una tra le più frequenti cause di assenza dal lavoro ed ha perciò un elevato impatto socio-economico

DEFINIZIONE: sindrome dolorosa localizzata nella regione lombare (spazio tra la dodicesima costa e il solco gluteo) con o senza proiezione del dolore agli arti inferiori.

Estremamente frequente in età adulta, con massima incidenza in soggetti over 50 anni di entrambi i sessi.

Il “mal di schiena”, acuto o subacuto, colpisce tutta la popolazione già dai 20 anni con incidenze variabili, a seconda degli studi, intorno al 30%.

Definire la condizione clinica

Lombalgia

Condizione tipica del genere umano caratterizzata da episodi acuti destinati a recidivare. Si presenta con dolore, associato o meno a limitazione funzionale, avvertito fra il margine inferiore dell'arcata costale e le pieghe glutee inferiori, con possibile irradiazione posteriore alla coscia ma non oltre il ginocchio.

Lombosciatalgia e Lombocruralgia

Lombosciatalgia con irradiazione dolorosa al di sotto del ginocchio (L5 o S1 nel 90% dei casi).

Lombocruralgia con irradiazione alla faccia anteriore della coscia, dovuta a interessamento delle radici lombari più alte (più spesso L3 e L4).

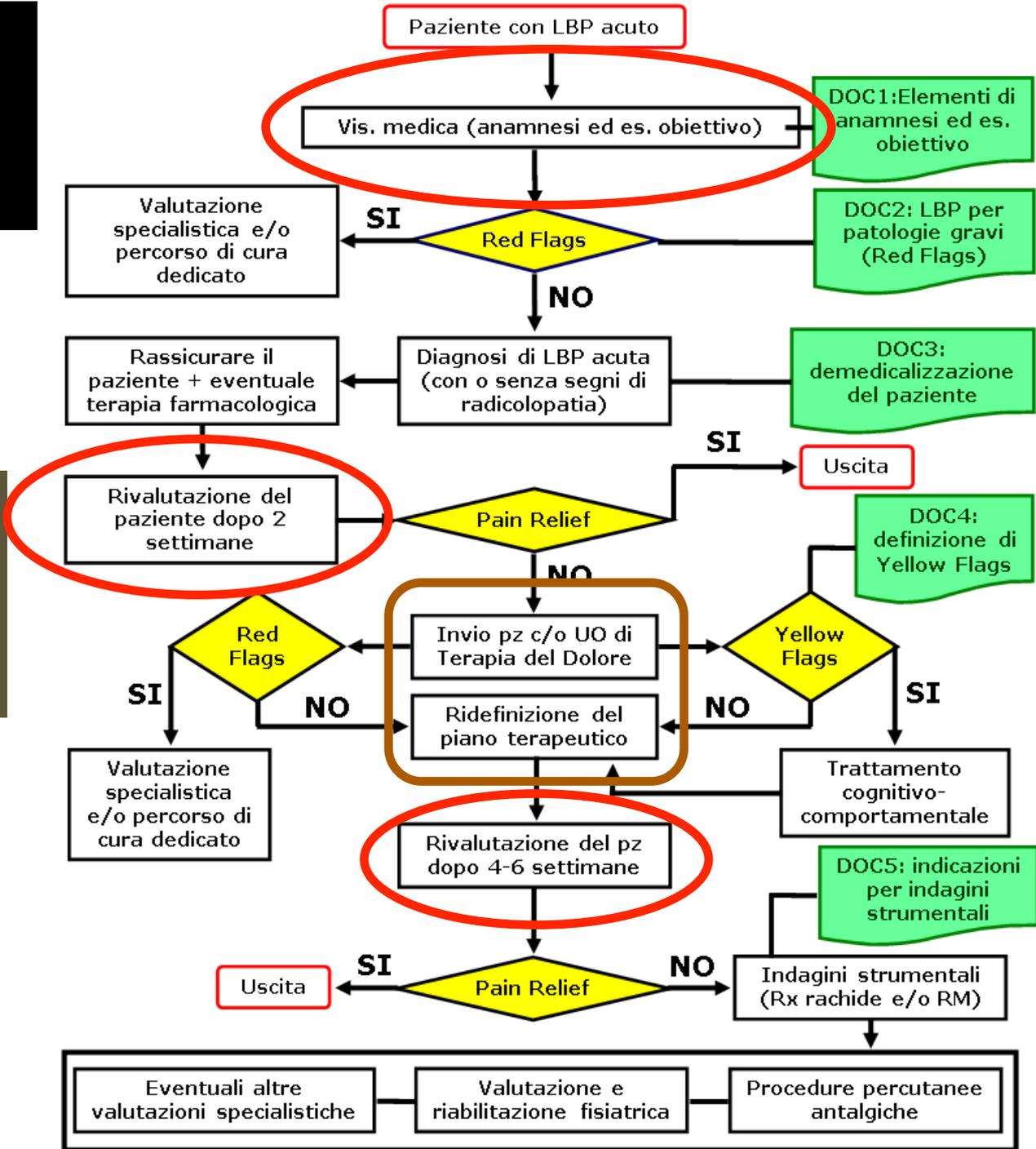
Lombalgia o Lombosciatalgia acuta (sintomi fino a 6 settimane), **subacuta** (sintomi fra 6 e 12 settimane), **cronica** (oltre le 12 settimane).

Lombalgia o Lombosciatalgia ricorrente, se il quadro acuto si ripresenta dopo un periodo di benessere.

Recidiva, comparsa di nuovo episodio acuto a distanza di alcuni anni dal precedente.

PDTA Lombalgia

FLOW CHART PER IL MANAGING DEL PAZIENTE CON LOW BACK PAIN (LBP)



PDTA Lombalgia

MATRICE DI RESPONSABILITA' PER IL MANAGING DEL PAZIENTE CON LOW BACK PAIN (LBP) ACUTO

FIGURE PROFESSIONALI	ESORDIO DELLA LBP ACUTA	RIVALUTAZIONE A 2 SETTIMANE	RIVALUTAZIONE A 4-6 SETTIMANE
Medico di Medicina Generale	<ul style="list-style-type: none">– Effettua vis. medica del paz.– Valuta la presenza di “Red Flags” e nel caso invia il paz. allo specialista– Rassicura il paz. (demedicalizzazione) e prescrive il trattamento terapeutico in caso di LBP acuto– Programma la rivalutazione del paz. dopo 2 settimane	<ul style="list-style-type: none">– Rivaluta il paz.– Se “Pain Relief” positivo: conferma demedicalizzazione ed eventuale terapia– Se “Pain Relief” negativo: invia il paz. c/o Centro di Terapia del Dolore	<ul style="list-style-type: none">– Rivaluta il paz.– Se “Pain Relief” positivo, il paz. esce dal percorso– Se “Pain Relief” negativo: invia il paz. c/o Centro di Terapia del Dolore
Medico di Pronto Soccorso o di Guardia Medica o di 118	<ul style="list-style-type: none">– Effettua vis. medica del paz.– Valuta la presenza di “Red Flags” e nel caso coinvolge lo specialista– Rassicura il paz. (demedicalizzazione) e prescrive il trattamento terapeutico in caso di LBP acuto– Prescrive al paz. la rivalutazione del quadro clinico c/o Centro di Terapia del Dolore dopo 2 settimane		

PDTA Lombalgia

MATRICE DI RESPONSABILITA' PER IL MANAGING DEL PAZIENTE CON LOW BACK PAIN (LBP) ACUTO

FIGURE PROFESSIONALI	ESORDIO DELLA LBP ACUTA	RIVALUTAZIONE A 2 SETTIMANE	RIVALUTAZIONE A 4-6 SETTIMANE
Fisiatra	<ul style="list-style-type: none"> - Effettua vis. medica del paz. - Valuta la presenza di "Red Flags" e nel caso invia il paz. allo specialista - Rassicura il paz. (demedicalizzazione) e prescrive il trattamento terapeutico in caso di LBP acuto - Prescrive al paz. la rivalutazione del quadro clinico c/o Centro di Terapia del Dolore dopo 2 settimane 	<ul style="list-style-type: none"> - Rivaluta il paz. - Se "Pain Relief" positivo: conferma demedicalizzazione ed eventuale terapia - Se "Pain Relief" negativo: invia il paz. c/o Centro di Terapia del Dolore 	<ul style="list-style-type: none"> - Valuta il paz. su richiesta del TdD - Prescrive eventuale programma di fisioterapia
Neurochirurgo o Ortopedico	<ul style="list-style-type: none"> - IDEM 	<ul style="list-style-type: none"> - IDEM 	<ul style="list-style-type: none"> - Valuta il paz. su richiesta del TdD - Pone o meno indicazione al trattamento chirurgico
Neurologo o Reumatologo	<ul style="list-style-type: none"> - IDEM 	<ul style="list-style-type: none"> - IDEM 	<ul style="list-style-type: none"> - Valuta il paz. su richiesta del TdD - Pone o meno indicazione ad ulteriore percorso diagnostico-terapeutico

PDTA Lombalgia

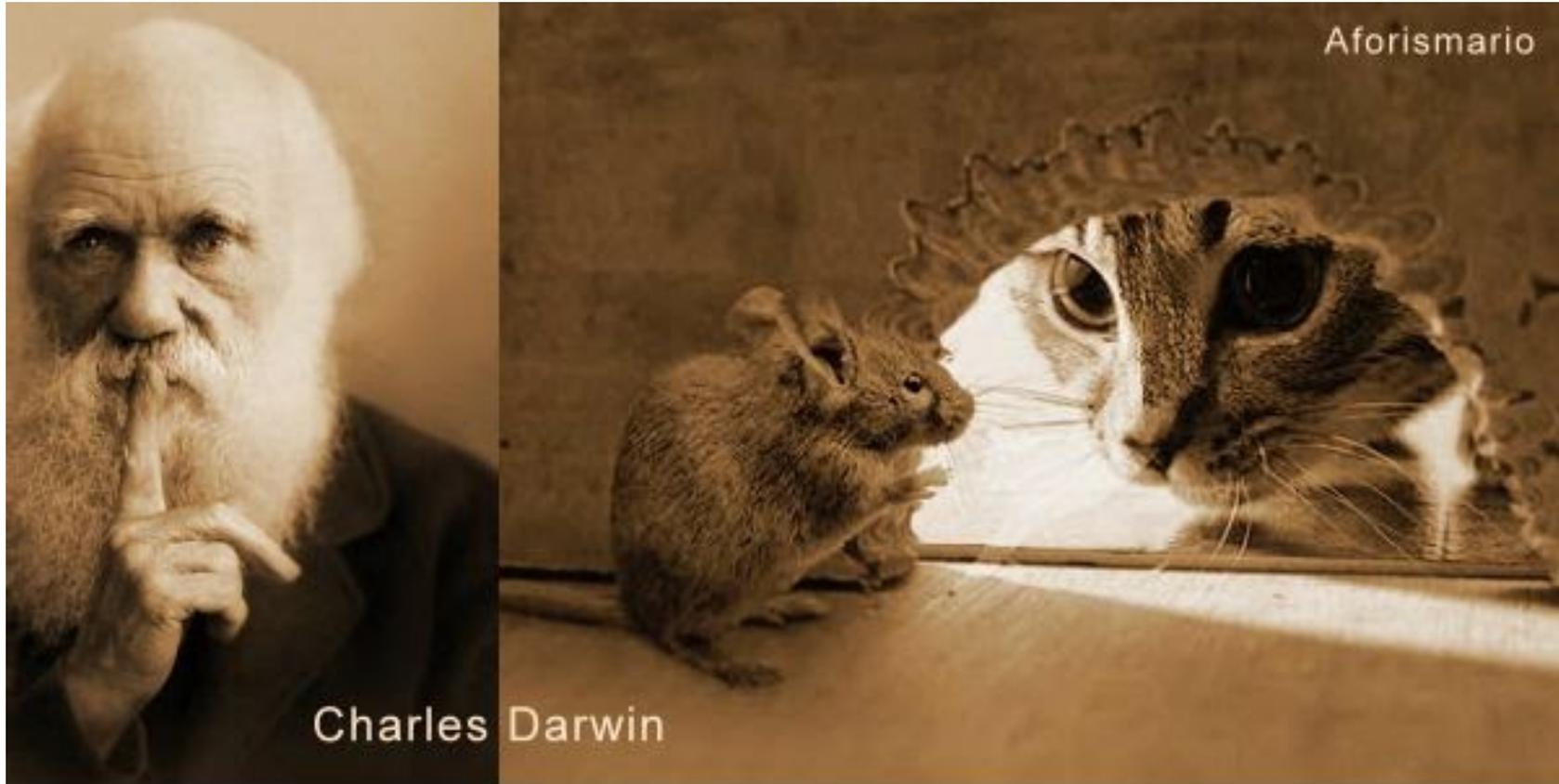
MATRICE DI RESPONSABILITA' PER IL MANAGING DEL PAZIENTE CON LOW BACK PAIN (LBP) ACUTO

FIGURE PROFESSIONALI	ESORDIO DELLA LBP ACUTA	RIVALUTAZIONE A 2 SETTIMANE	RIVALUTAZIONE A 4-6 SETTIMANE
Terapista del Dolore (TdD)	<ul style="list-style-type: none"> - Effettua vis. medica del paz. - Valuta la presenza di "Red Flags" e nel caso invia il paz. allo specialista - Rassicura il paz. (demedicalizzazione) e prescrive il trattamento terapeutico in caso di LBP acuto - Programma la rivalutazione del paz. dopo 2 settimane 	<ul style="list-style-type: none"> - Rivaluta il paz. - Se "Pain Relief" positivo: mantiene demedicalizzazione e trattamento terapeutico del paz. - Se "Pain Relief" negativo: <ul style="list-style-type: none"> • rivaluta la presenza di "Red Flags" • valuta la presenza di "Yellow Flags" e nel caso richiede la valutazione dello Psichiatra o Psicologo • ridefinisce il trattamento del paz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rivaluta il paz. - Se "Pain Relief" positivo, il paz. esce dal percorso - Se "Pain Relief" negativo: prescrive eventuali indagini strumentali e in base all' esito delle stesse: <ul style="list-style-type: none"> • programma eventuali procedure antalgiche percutanee • richiede la valutazione di altri specialisti

PDTA Lombalgia

MATRICE DI RESPONSABILITA' PER IL MANAGING DEL PAZIENTE CON LOW BACK PAIN (LBP) ACUTO

FIGURE PROFESSIONALI	ESORDIO DELLA LBP ACUTA	RIVALUTAZIONE A 2 SETTIMANE	RIVALUTAZIONE A 4-6 SETTIMANE
Psichiatra o Psicologo		<ul style="list-style-type: none">- Valuta il paz. su richiesta del TdD- Se confermata la presenza di "Yellow Flags" programma un trattamento cognitivo-comportamentale	<ul style="list-style-type: none">- Valuta il paz. su richiesta del TdD- Se confermata la presenza di "Yellow Flags" programma un trattamento cognitivo-comportamentale
Radiologo Interventista			<ul style="list-style-type: none">- Valuta il paz. su richiesta del TdD- Pone o meno indicazione a trattamento specifico



Non è la specie più forte o la più intelligente a sopravvivere, ma quella che si adatta meglio al cambiamento.