



	<p>REGIONE PIEMONTE AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITÀ" NOVARA S.C.D.O. TERAPIA DEL DOLORE Direttore : Dott. ssa Rossella MARZI</p>	
STANDARD DI SERVIZIO		

INDICE			
1	PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA	Pag.	1
2	MISSION	Pag.	1
3	ATTIVITA' DI ECCELLENZA E GARANZIE SPECIFICHE	Pag.	3
3	<ul style="list-style-type: none">● TERAPIA DEL DOLORE (ALGOLOGIA INTERVENTISTICA)<ul style="list-style-type: none">● GARANZIE (clinico/organizzative/assistenziali, professionali, tecnologico/strutturali, scientifiche, rapporto col paziente / sicurezza del paziente)● DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI● ACCESSIBILITA' E TEMPI DI ATTESA● PROGETTI DI MIGLIORAMENTO	Pag.	3-10



PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA – MISSION

La Struttura di Terapia del Dolore è finalizzata alla diagnosi ed alla terapia del dolore cronico.

L'attività è nata nel 1987.

Dal 2016 è Struttura Complessa ubicata presso la Sede Staccata "S. Giuliano" ed è parte integrante del Dipartimento Medico Specialistico e Oncologico.

Nel 2018 la struttura ha erogato 9675 prestazioni di cui oltre il 70 % riguardanti **pazienti con dolore neuropatico (rachideo, da nevrite trigeminale, post-herpetic, diabetico, vasculopatico)**, non responsivi a comuni terapie e quindi trattati con protocolli misti, farmacologici e invasivi.

Dal 2011 la struttura è sede del Coordinamento della Commissione Regionale della Rete di Terapia del Dolore e HUB di riferimento del Piemonte Nord Orientale nell'ambito della Rete Regionale di Terapia del Dolore.

In data 31/12/2014 sono stati approvati con DD i PTDA relativi al dolore cronico oncologico e non oncologico (LBP): con questi atti la Regione Piemonte ha completato l'iter di applicazione della legge 38/2010 e dell'Intesa Stato-Regioni del 25/07/2012.

In data 29/12/2015 la Giunta Regionale, come da DGR 42 – 2743 in allegato, ha riorganizzato la Rete di Terapia del Dolore.

In data 21/11/2018 il Ministero della Salute ha identificato il codice di disciplina 96 per la Terapia del Dolore, come da documento in allegato, finalizzato al riordino del nomenclatore tariffario e all'identificazione delle figure preposte a comporre le commissioni concorsuali, in analogia a quanto già in atto per la disciplina Cure Palliative con il codice 99.

La Struttura eroga inoltre:

Attività **didattica**:

- rivolta al personale sanitario dell'Azienda (dirigenti medici, dirigenti farmacisti, dirigenti psicologi, CPS) finalizzata al monitoraggio del dolore in tutte le strutture aziendali in applicazione di quanto previsto dalla legge 38/2010
- rivolta a medici specialisti in discipline afferenti alle neuroscienze e MMG secondo i percorsi dei PTDA regionali

Attività di **consulenza**:

- per tutte le Strutture Complesse aziendali nell'ambito del "Progetto Ospedale senza dolore" (totalmente operativo dal 01/04/2005 - Delibera Giunta Regionale del 16/5/2005)
- teleconsulto per MMG mediante numero dedicato (0321-3734810) e casella e-mail algologia.segre@maggioreosp.novara.it

La Rete regionale di Terapia del Dolore

La rete regionale di terapia del dolore ha lo scopo di tutelare e garantire l'accesso alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei LEA, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Multidisciplinarietà, evidence based medicine, continuità della presa in carico, centralità del paziente sono i cardini che costituiscono la realizzazione delle **reti cliniche piemontesi di specialità**, diventata sempre più attuale per un duplice ordine di motivi:

- il **cambiamento della domanda di salute** che richiede che l'offerta e quindi i servizi sanitari siano capaci di dare una risposta adeguata a questo cambiamento;
- l'**evoluzione tecnologica dell'offerta** che implica costi sempre maggiori e quindi pone il problema della sostenibilità economica del servizio sanitario.



L'organizzazione degli ospedali e del territorio in reti cliniche e logistiche, come nel caso della corretta gestione della **"malattia dolore"** rende perciò possibile la **vicinanza al cittadino** di un **servizio particolarmente competente**, facilitandone l'**accesso** ed il successivo **percorso assistenziale**. Permette, infine un miglior utilizzo dei servizi preposti a livelli di complessità differenti.

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo suddetto, le strutture sanitarie che erogano terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- a. tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- b. tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;
- c. adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

La legge 38/2010 prevede, all'articolo 5, l'attivazione della rete regionale di terapia del dolore.

Compiti e obiettivi della rete

In totale attuazione della normativa nazionale, la rete regionale di terapia del dolore:

- promuove la realizzazione di campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza, connessi alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, anche attraverso il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, delle farmacie pubbliche e private, nonché delle organizzazioni private senza scopo di lucro impegnate nella tutela dei diritti in ambito sanitario ovvero operanti sul territorio nella lotta contro il dolore;
- promuove e monitorizza l'inserimento in cartella clinica del parametro "dolore" (all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito);
- supporta l'applicazione dei criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di terapia del dolore connessi alle malattie neoplastiche ed a patologie croniche e degenerative;
- promuove l'aggiornamento periodico del personale medico, sanitario e sociosanitario, impegnato nella terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative e in particolare di medici ospedalieri, medici specialisti ambulatoriali territoriali, medici di medicina generale e di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta;
- propone all'assessorato percorsi formativi omogenei su tutto il territorio regionale per le figure professionali che operano nell'ambito della rete;
- favorisce l'applicazione della normativa in merito alla semplificazione delle procedure di accesso ai farmaci impiegati nella terapia del dolore.

ATTIVITA' DI ECCELLENZA E GARANZIE SPECIFICHE

TERAPIA DEL DOLORE CRONICO (TECNICHE INTERVENTISTICHE)

L'attività di eccellenza riguarda l'appropriatezza della **diagnosi** e della **terapia del dolore cronico**, in particolare:

- Low back pain
- FBSS (sindrome post chirurgia spinale)
- Nevralgia post-herpetica
- Nevralgia trigeminale ed algie faciali atipiche
- Neuropatia diabetica



- Sindromi algiche complesse a varia eziologia
- Dolore oncologico

In collaborazione con la SCU Radiologia è attivo un percorso dedicato ai pazienti affetti da patologie necessitanti di procedure invasive, che prevede una seduta settimanale in Radiologia interventistica.

In collaborazione con la SCU Neurochirurgia è attivo un percorso dedicato alle procedure di neuro stimolazione e neuro modulazione spinale.

INFORMAZIONI SULLE SINGOLE PROCEDURE

Tutte queste manovre prevedono, se non diversamente specificato, l'uso di una miscela di farmaci anestetici a basse concentrazioni associata a corticosteroidi a lento rilascio.

BLOCCHI PARAVERTEBRALI : possono essere eseguiti a tutti i livelli del rachide, cervicale, dorsale e lombare a seconda della sede del dolore. Prevedono l'iniezione della miscela antalgica a livello degli spazi paravertebrali, in prossimità dell'emergenza delle radici nervose dal canale vertebrale.

BLOCCHI DEI NERVI PERIFERICI : vengono eseguiti iniettando la miscela antalgica in corrispondenza di punti di reperi specifici per ogni nervo. Una delle patologie in cui questa metodica trova maggiore impiego è la nevralgia trigeminale. Se il dolore risulta limitato all'area di distribuzione dell'uno o dell'altro ramo trigeminale periferico, allora il blocco anestetico di quel ramo sarà in grado di eliminarlo per tutta la durata del blocco stesso. Questo metodo può essere impiegato a scopo diagnostico, per stabilire se un determinato blocco periferico potrà essere efficace. La validità dei blocchi nervosi periferici consiste quindi nell'adattarsi all'esigenza del paziente limitando l'insensibilità cutanea al territorio di distribuzione della sola branca interessata dalla nevralgia trigeminale e, in vista di un blocco definitivo, nel

" intorpidimento " del viso e della lingua che conseguirà ad un'eventuale procedura invasiva maggiore.

BLOCCHI INTRAARTICOLARI : vengono eseguiti prevalentemente a carico delle articolazioni del ginocchio, della spalla e dell'articolazione coxo-femorale. Attraverso reperi anatomici specifici viene raggiunto con un ago l'interno della capsula articolare, origine del dolore, e viene iniettata la soluzione farmacologica.

BLOCCHI EPIDURALI : si tratta di una metodica analoga a quella eseguita per interventi chirurgici. La manovra viene eseguita in ambiente protetto con monitoraggio continuo dei parametri vitali ed in anestesia locale. Mediante un ago a punta curva non tagliente progettato appositamente e grazie ad una tecnica specifica, si localizza lo spazio epidurale, uno spazio virtuale perimidollare all'interno del quale decorrono, prima di emergere dal canale vertebrale, le radici nervose. Lo spazio viene localizzato in corrispondenza del livello in cui si manifesta la sindrome dolorosa (lombare, dorsale o cervicale) e quindi viene iniettata la miscela antalgica..

POSIZIONAMENTO DI CATETERI EPIDURALI: questi sistemi vengono impiegati nei pazienti che non hanno tratto beneficio da altre tecniche miniinvasive, oppure hanno ottenuto un beneficio solo transitorio. La tecnica per il posizionamento di catetere epidurale è analoga a quella di esecuzione del blocco, l'unica differenza è che attraverso l'ago viene fatto passare un catetere che raggiunge lo spazio epidurale. Questo catetere viene poi "tunnellizzato" cioè passato sotto la cute, e collegato a sistemi esterni di somministrazione continua di farmaci, perlopiù oppiacei (pompe elettroniche o elastomeriche).

EPIDUROLISI : La tecnica consiste nel posizionare un catetere a livello epidurale ed iniettare, sotto guida radiografica, farmaci (ialuronidasi) in grado di "sciogliere" le aderenze cicatriziali che intrappolano le radici nervose causando sindromi dolorose.



NEUROMODULAZIONE PERIFERICA MEDIANTE RADIOFREQUENZA PULSATA (PRF) : La Radiofrequenza

Pulsata Percutanea (PRF) è una tecnica indicata nelle sindromi dolorose persistenti, recidivanti o intrattabili ed usa un campo elettromagnetico generato da una radiofrequenza di circa 500 Khz applicata con un ago per via percutanea che produce un' onda quadra applicata con due cicli al secondo della durata di 20 millisecondi ciascuno. Lo stimolo permette di non superare mai i 42° di temperatura tissutale, evitando lesioni cellulari. Si sfrutta l'analgnesia prodotta dalle onde senza ricorrere al rialzo termico. L'applicazione della PRF non determina una perdita di sensibilità nervosa e l'effetto analgesico dura anche alcuni mesi.

La PRF è usata nelle patologie di molti nervi periferici (Nervo Grande Occipitale, Ramo Mediale del Nervo Spinale, Nervo Soprascapolare, Nervo Pudendo, Nervo Mediano, Nervi Intercostali).

La PRF è indicata inoltre nelle radicolopatie compressive, nella Sindrome delle Faccette Articolari, nelle sindromi da Intrappolamento Nervoso e nelle Nevralgie Post Erpetiche. L'accesso avviene tramite un ago che viene portato in vicinanza del nervo da trattare. Si applica un test di stimolazione per accertarsi di essere effettivamente in vicinanza del nervo voluto e si passa, poi, all'applicazione della PFR. Nelle sindromi algiche lombari o cervicali si possono usare aghi cavi con cui far giungere nella regione interessata eventuali farmaci aggiuntivi.

ELETTRONEUROSTIMOLAZIONE PERCUTANEA (PENS THERAPY) Si tratta di una metodica per la stimolazione elettrica percutanea dei nervi periferici e delle terminazioni nervose periferiche mirata al trattamento del dolore cronico periferico resistente alle terapie convenzionali. La PENS offre una migliore chance per il trattamento di questi pazienti. La PENS può essere utilizzata come strumento terapeutico o come strumento diagnostico per identificare i pazienti che potrebbero trarre beneficio da un dispositivo di neuro stimolazione impiantato in modo permanente. La procedura prevede il posizionamento di uno o più aghi elettrodo a livello sottocutaneo in corrispondenza dei territori cutanei dove il paziente riferisce sensazioni disestesiche o allodiniche. I quadri clinici in cui trova maggiore applicazione tale metodica sono gli stati algici in esiti di interventi chirurgici ("cicatrici dolorose"), il dolore osteoarticolare superficiale di origine tendinea ed entesica, le neuropatie periferiche di varia eziologia (diabetica, infettiva, tossica).

NEUROMODULAZIONE SPINALE ELETTRICA La Neurostimolazione midollare (SCS) è una terapia basata sulla stimolazione elettrica selettiva del midollo spinale tramite degli elettrocateri, impiantati nello spazio epidurale e connessi ad un generatore di impulsi, al fine di modificare la percezione del dolore nelle zone algiche. Lo stimolo elettrico erogato si traduce nella percezione di una parestesia da parte del paziente (sensazione simile ad un "formicolio") che si sostituisce alla sensazione dolorosa.

I sistemi per la stimolazione del midollo spinale sono generalmente costituiti da un massimo di cinque componenti:

- Un generatore di impulsi elettrici impiantabile (IPG), posizionato chirurgicamente sotto la cute
- Uno o più elettrocateri posizionati nello spazio epidurale del midollo spinale, impiantati per via percutanea in anestesia locale o mediante intervento chirurgico in anestesia generale; gli elettrocateri sono dotati su una estremità di una serie di elettrodi
- Una o due estensioni (opzionali) che collegano il o gli elettrocateri al generatore di impulsi
- Un programmatore portatile per il paziente, per accendere o spegnere lo stimolatore e per regolare il livello della stimolazione, entro limiti definiti dal medico
- Un programmatore per il medico, per riprogrammare e definire l'intervallo dei parametri di stimolazione del dispositivo.

La procedura di impianto del neurostimolatore spinale avviene generalmente in due fasi:

- I. Impianto provvisorio (o fase di test)
- II. Impianto definitivo

Nella fase test, eseguita in regime di DH, i pazienti vengono sottoposti all'impianto dell'elettrocatero epidurale collegato ad un neurostimolatore esterno provvisorio. Il paziente è poi mandato a casa per un periodo di tempo definito dal medico, al fine di testare l'efficacia clinica della neurostimolazione durante le normali attività quotidiane. L'impianto definitivo viene eseguito se la fase di test è andata a buon fine (valutazione del Pain Relief). In questa



seconda fase il neurostimolatore totalmente impiantabile (IPG) viene collegato all'elettrocattetero precedentemente impiantato e viene alloggiato in una tasca sottocutanea creata chirurgicamente. Una volta impiantato il dispositivo, il medico utilizza il proprio programmatore per impostare con precisione la programmazione della stimolazione e ottimizzare il sollievo dal dolore, regolando parametri quali l'ampiezza, la durata dell'impulso, nonché la durata e l'intensità della stimolazione. La terapia mediante SCS è completamente reversibile, non preclude ulteriori opzioni terapeutiche e viene utilizzata con successo fin dal 1967 per trattare pazienti con sindromi dolorose non trattabili, tra cui la FBSS e la CRPS. L'accurata selezione dei pazienti indicati è un elemento chiave per il successo della terapia. La fase di stimolazione di prova rappresenta un'ulteriore garanzia affinché il paziente possa trarre beneficio dalla neurostimolazione midollare.

NEUROMODULAZIONE SPINALE FARMACOLOGICA La Neuromodulazione farmacologica (IDD = Intrathecal Drug Delivery) viene effettuata mediante l'utilizzo di una pompa totalmente impiantabile per infusione intratecale di farmaco. La terapia consiste nella somministrazione di oppioidi o altri analgesici direttamente nel liquido cerebrospinale che si trova nello spazio intratecale che circonda il midollo spinale. Il farmaco viene somministrato grazie a un dispositivo (la pompa) dotato di serbatoio, collegato a un catetere posizionato nello spazio subaracnoideo.

I sistemi per la neuromodulazione farmacologica sono generalmente costituiti da:

- Una pompa per infusione di farmaco, posizionata chirurgicamente sotto la cute
- Un catetere per infusione intratecale, posizionato nello spazio subaracnoideo, impiantato per via percutanea, generalmente in anestesia locale
- Un programmatore portatile per il paziente, per eventuale somministrazione di boli aggiuntivi di farmaco, entro limiti definiti dal medico
- Un programmatore per il medico, per impostare o modificare i parametri di infusione

La procedura di impianto avviene generalmente in due fasi:

I. Fase di test:

II. impianto della pompa

Nella fase di test, viene impiantato per via percutanea il catetere intratecale e collegato ad un port sottocutaneo temporaneo. Il paziente viene valutato nei giorni successivi, per circa 7-12 giorni, durante i quali si testa l'efficacia della infusione intratecale (valutazione del pain relief, eventuali effetti collaterali del farmaco somministrato). Se la fase di test è andata a buon fine, si procede all'impianto della pompa.

Viene quindi rimosso il port sottocutaneo, viene creata una tasca per alloggiare la pompa, e si procede al collegamento pompa-catetere. La pompa viene rifornita con il farmaco alla concentrazione e dose decise dal medico. Una volta impiantata la pompa, il medico utilizza il proprio programmatore per impostare i parametri di infusione e ottimizzare il sollievo dal dolore.

La terapia di infusione di farmaco è reversibile, non preclude ulteriori opzioni terapeutiche e viene utilizzata con successo fin dal 1991 per trattare pazienti con dolore cronico generalizzato benigno o maligno, non trattabile e non responsivo alle terapie convenzionali. La corretta selezione dei pazienti indicati è un elemento chiave per il successo della terapia e la fase di test tramite accesso mediante valvola sottocutanea (tipo port) rappresenta un'ulteriore garanzia.

I pazienti candidabili al trattamento sono quelli affetti da dolore cronico benigno con lunga aspettativa di vita, con dolore non responsivo ai trattamenti convenzionali.

La somministrazione intratecale di farmaco offre una alternativa mini-invasiva per la gestione a lungo termine di pazienti selezionati, con dolore intrattabile, associato a varie patologie, incluso FBSS, CRPS, stenosi spinale, osteoporosi con fratture da compressione e neuropatie periferiche. Essa è associata ad una minore tossicità rispetto alla somministrazione per via orale o parenterale. Data la drastica riduzione degli effetti collaterali, è possibile titolare il farmaco nell'arco di ore e non di giorni, ed il dolore può essere trattato in modo aggressivo con minor rischio di tossicità.



STIMOLAZIONE GANGLIARE Il ganglio della radice dorsale è un target comunemente trattato per la cura del dolore attraverso iniezioni di anestetico, trattamenti in radiofrequenza ma difficile da raggiungere e stimolare con i devices da stimolazione midollare. Il Ganglio contiene i soma dei primi neuroni che trasmettono i segnali dolorosi dalla periferia al cervello. Recentemente è stato sviluppato un sistema di stimolazione che permette di raggiungere, attraverso il forame, questa struttura. Questo consente di andare a trattare quei pazienti affetti da neuropatie distali come

- CPRS
- dolore da lesioni del nervo da interventi chirurgici o trauma (toracotomie, mastectomie)
- neuropatie periferiche non raggiungibili con la stimolazione convenzionale (ad esempio zona inguinale).

Oltre all'effettivo valore clinico della stimolazione gangliare si aggiunge la possibilità di trattare quei pazienti per i quali non si tenterebbe una stimolazione midollare. Inoltre il sottile strato di liquido cerebro spinale che si frappone tra l'elettrodo e il ganglio rende necessaria una minor quantità di energia per l'attivazione delle fibre se paragonata alla stimolazione midollare.

Il sistema di stimolazione si compone di un elettrodo (o più), una cannula di posizionamento e di uno stimolatore con caratteristiche progettate per andare a stimolare un' area anatomica specifica soggetta a parametri di stimolazione diversi da quelli comunemente usati per la stimolazione midollare.

Attraverso la cannula di posizionamento introdotta in spazio epidurale tramite ago di Tuohy, si porta il catetere fino al forame prefissato, lo si inserisce e lo si posiziona sul ganglio sotto guida fluoroscopica. Effettuati i test di stimolazione per avere la sicurezza di stimolare l'area corretta, si crea un loop anti-dislocazione tramite la cannula in spazio epidurale per evitare che l'elettrocattetere esca dalla sede e la si rimuove. A questo punto l'elettrodo viene collegato a una estensione che verrà fatta fuoriuscire dal paziente per una fase denominata Trial, per valutare l'efficacia della terapia. Passata questa fase e ottenuto il beneficio richiesto, si procede alla connessione e all'impianto di uno stimolatore totalmente impiantabile.

In tutti i quadri patologici la Struttura:

- effettua la raccolta dei dati sensibili mediante cartella clinica algologica
- esegue il trattamento con la terapia individuata previo consenso informato specifico per singola procedura
- programma momenti di follow up ad 1, 3, 6 mesi dalla fine del trattamento, indipendentemente dal livello di invasività

PERCORSI CLINICI più frequenti:

1) **FAILED BACK SURGERY SYNDROME (FBSS)**

Inquadramento clinico:

anamnesi positiva per intervento chirurgico al rachide lombare

terapie precedenti

terapia attuale

valutazione di esami diagnostici già eseguiti

Diagnostica strumentale:

RMN (se controindicazioni, TAC) rachide lombosacrale mirata ai segmenti indicati dalla clinica

EMG arti inferiori

Percorso terapeutico:

ottimizzazione terapia medica

terapia invasiva di I livello

terapia invasiva di II livello

* diagnostica pre-trattamento



terapia invasiva di III livello

2) **BACK PAIN (LOMBALGIE E LOMBOSCIATALGIE)**

Inquadramento clinico:

caratteristiche della sintomatologia

terapie precedenti

terapia attuale

valutazione di esami diagnostici già eseguiti

consulenza specialistica neurochirurgica (a discrezione del medico)

Diagnostica strumentale: RX SEGMENTALI mirate (se indicato)

RMN (se controindicazioni, TAC) rachide lombosacrale mirata ai segmenti indicati dalla clinica

EMG arti inferiori (a discrezione del medico come screening iniziale, sempre prima di blocchi epidurali)

Percorso terapeutico:

ottimizzazione terapia medica

terapia invasiva di I livello: blocchi paravertebrali

terapia invasiva di II livello : blocchi epidurali

diagnostica pre-trattamento

terapia invasiva di III livello : posizionamento di catetere epidurale o subaracnoideo a permanenza

3) **NECK PAIN (CERVICALGIE E CERVICOBRACHIALGIE)**

Inquadramento clinico:

caratteristiche della sintomatologia

terapie precedenti

terapia attuale

valutazione di esami diagnostici già eseguiti

consulenza specialistica neurochirurgica (a discrezione del medico)

Diagnostica strumentale:

RX SEGMENTALI mirate (se indicato)

RMN (se controindicazioni, TAC) rachide cervicale mirata ai segmenti indicati dalla clinica

EMG arti superiori (a discrezione del medico)

Percorso terapeutico:

ottimizzazione terapia medica

terapia invasiva di I livello: blocchi paravertebrali

terapia invasiva di II livello: blocchi epidurali

* diagnostica pre-trattamento: ECG, esami ematici

4) **HERPES ZOSTER (HZ) e NEURALGIA POST-HERPETICA (NPH)**

Inquadramento clinico:

caratteristiche della sintomatologia

terapie precedenti

terapia attuale

Percorso terapeutico:

ottimizzazione terapia medica

terapia medica topica con antivirale e con lidocaina 5% cerotto

terapia invasiva di I livello: blocchi paravertebrali o delle branche nervose periferiche



terapia topica con capsaicina 8% cerotto
terapia invasiva di II livello: blocchi epidurali

5) **ARTROPATIE** (poliartrosi, coxartrosi, gonartrosi, artrosi spalla, artrite mono, pauci o poliarticolare)

Inquadramento clinico:

caratteristiche della sintomatologia con particolare riferimento alle limitazioni funzionali

valutazione di esami diagnostici già eseguiti, esecuzione di ulteriori eventuali esami radiografici

consulenza specialistica ortopedica o reumatologica (a discrezione del medico)

Percorso terapeutico:

ottimizzazione terapia medica

terapia invasiva di I livello: blocchi intraarticolari o dei punti trigger solo in presenza di sintomatologie ben localizzate

6) **NEURALGIA TRIGEMINALE**

Inquadramento clinico:

caratteristiche della sintomatologia

Percorso terapeutico:

ottimizzazione terapia medica

terapia invasiva di I livello: blocchi delle branche nervose interessate

terapia invasiva di II livello: neuro modulazione mediante PRF delle branche nervose interessate

GARANZIE

GARANZIE CLINICO-ORGANIZZATIVE

A tutti i pazienti che accedono alla Struttura per essere sottoposti a prima visita, viene consegnata una nota informativa sulla terapia del dolore, contenente tutte le informazioni inerenti l'organizzazione della struttura stessa. In relazione alla qualità clinica delle attività erogate la Struttura si è dotata di specifici protocolli diagnostico-terapeutici che vengono illustrati dettagliatamente al paziente e/o ai familiari; è inoltre prevista la consegna di una nota informativa sulla legge 38/2010.

GARANZIE PROFESSIONALI

Il Personale Medico afferente alla Struttura partecipa annualmente ad almeno due corsi di aggiornamento specifici inerenti l'attività di eccellenza della Struttura.

Tutti i medici che operano nella Struttura sono Specialisti in Anestesia e Rianimazione con specifica formazione in Algologia.

GARANZIE SCIENTIFICHE

Coordinamento Rete Terapia del Dolore Regione Piemonte



Direzione EuroPain Laboratory
europainlab@gmail.com



EuroPain Laboratory è formato da un gruppo di medici con esperienza ultra ventennale in algologia.

Un gruppo di professionisti con un know-how omogeneo e distintivo, complementari e sinergici, tali da risultare riferimento e modello operativo e gestionale istituzionalizzato dalle Regioni che li hanno identificati quali consulenti tecnici.

- **EuroPain Laboratory** ha la capacità di gestione integrata e sinergica delle quattro dinamiche critiche dei processi di generazione di valore in algologia:
- **Vedere**, ossia “leggere” le dinamiche fondamentali dello scenario nazionale e delle singole regioni
- **Progettare**, attraverso l’adozione di scelte strategiche innovative, in grado di garantire reale vantaggio competitivo sfruttando le discontinuità del contesto
- **Realizzare**, traducendo le scelte in risultati concreti attraverso modelli strutturati di gestione delle attività, dei progetti strategici e dei processi critici
- **Valorizzare**, nella consapevolezza che i professionisti a vario titolo coinvolti nella gestione della “malattia dolore” sono persone che vanno motivate, gestite, fatte crescere professionalmente.

EuroPain Laboratory è un “sistema aperto” che parla ad istituzioni, società scientifiche e terzo settore attraverso partnership di altissima competenza specifica.

L'eccellenza, la competenza e la professionalità delle persone che partecipano al laboratorio sono garanzia di merito e trasparenza.

Nel 2015 EPL ha vinto il premio Gerbera d'oro (Fondazione Gigi Ghirotti – Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome) con il progetto “ Assistenza transfrontaliera in Algologia “; ha partecipato al board scientifico del Capitolo Italiano INS (International Neuromodulation Society) per la stesura delle “Raccomandazioni per l’impiego della SCS nel paziente affetto da FBSS”; al tavolo tecnico nazionale ed europeo di Federanziani Senior, al progetto ItaliaStarbene di Federsanità ANCI; nel 2016 ha organizzato, in collaborazione con l’Ordine dei Medici della provincia di Novara un corso di formazione per MMG e specialisti sul PTDA della Regione Piemonte relativo al Low Back Pain rivolto ai MMG e un corso di formazione regionale sul trattamento del dolore cronico tra appropriatezza, innovazione e sostenibilità rivolto a d amministratori, medici specialisti , farmacisti, MMG. Nel 2017 e 2018 ha organizzato un corso di formazione sul trattamento del dolore neuropatico nelle reti regionali di TdD e una brochure diffusa alle farmacie italiane finalizzata ad informare i cittadini sul corretto uso degli oppioidi.

GARANZIE TECNOLOGICHE

La Struttura è dotata di strumentazione completa per il monitoraggio dei parametri clinici (Ecg, F.C., S.O2, P.A.), defibrillatore, respiratore automatico.

Tutte la attrezzature sono controllate secondo i parametri in uso per le sale operatorie.

ACCESSIBILITA'

AMBULATORI/PRESTAZIONI E TEMPI DI ATTESA

ATTIVITA' AMBULATORIALE	TEMPI DI ATTESA MEDI
Prima visita	2 -25 gg. in base alla patologia
Tecniche interventistiche di neuromodulazione o neurolesione in DH/DO	Data fissata dal medico curante
Visita di controllo	Data fissata dal medico curante
Consulenza presso SS.CC. (Ospedale senza Dolore)	entro 48 h
Teleconsulto (Ospedale – Territorio)	Servizio per MMG



INDICATORI

ATTIVITA' SPECIFICA	2018
Totale DH/DO	95
Totale visite specialistiche	2742
Totale procedure mininvasive	6838
Tempo medio attesa visita specialistica (prima visita non urgente)	25 gg
Customer satisfaction	si
Consulenza MMG	teleconsulto
Consulenza domiciliare	*si
Monitoraggio parametri di outcome	si

* secondo valutazione medica, per pazienti anziani e disabili in condizioni di impossibilità ad accedere alla struttura (ad esempio ricoverati presso lungodegenze e RSA)

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

Obiettivi di miglioramento e relativi sviluppi gestionali interni:

- Miglioramento strutturale/tecnologico
- Implementazione attività di formazione medici specialisti ospedalieri, comparto, MMG su tutto il territorio regionale
- Implementazione attività di comunicazione con i cittadini a mezzo stampa, eventi pubblici
- Adeguamento Rete TdD e coordinamento sovrazonale con spokes di quadrante
- Integrazione Rete TdD con altre reti cliniche regionali

Redatto: Dott. Ezio Storelli	Verificato e Approvato: Direttore: Dott.ssa Rossella MARZI	Data: Novara, 05/11/2019	Rev. 11 – Anno 2019	
---------------------------------	---	--------------------------	---------------------	--