



PDTA	ASL LATINA	VERS. 1 06/08/2026	Pag. 1 di 35
	DIPARTIMENTO STAFF UOC RISCHIO CLINICO, MEDICINA LEGALE E QUALITA'		

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO AZIENDALE (PDTA) PER LA TERAPIA DEL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
VERS. 1 06/08/2026	Dirigente Medico Referente servizio "Terapia del dolore acuto e cronico" DEA II <i>Dr. L. GENTILI</i> f.to	Direttore UOC Anestesia e Rianimazione DEA I Coordinatore Aziendale per la medicina e terapia del dolore Dott. C.Iavarone F.to	Direttrice Dipartimento Staff <i>Dr.ssa A. LOMBARDI</i>	2 Anni
	Dirigente Medico Referente del coordinamento Aziendale Cure Palliative <i>Dr.ssa A. MASSICCI</i> f.to	Direttore UOC Anestesia e Rianimazione DEA II Dott.F.Nania F.to	Direttrice Sostituta UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dr.ssa A. RIZZO</i>	
	Dirigente Medico UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dr. E. PILLA</i>	F.O. Qualità e Risk Management <i>Dr. R. MASIERO</i>		

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		Riunioni
	X			



1.	PREMESSA	4
2.	RAZIONALE	5
3.	DEFINIZIONE E FUNZIONE DEL PDTA	6
4.	FINALITÀ DEL DOCUMENTO	7
5.	PRINCIPI ISPIRATORI DEL PERCORSO.....	8
6.	DEFINIZIONI OPERATIVE	10
7.	STRUTTURA DEL PERCORSO TERAPEUTICO.....	11
7.1.	TRATTAMENTO DI PRIMO LIVELLO.....	11
7.2.	TRATTAMENTO DI SECONDO LIVELLO (SPECIALISTICO AMBULATORIALE).....	13
7.3.	APPROCCIO MULTIMODALE	15
7.3.1.	TERAPIA FARMACOLOGICA.....	16
7.3.2.	PROCEDURE INTERVENTISTICHE	16
7.3.3.	INTERVENTI RIABILITATIVI E FUNZIONALI	18
7.3.4.	SUPPORTO PSICOLOGICO	19
7.3.5.	EDUCAZIONE TERAPEUTICA.....	19
7.4.	GESTIONE DEL "BREAKTHROUGH PAIN" (BTP)	20
7.5.	STRATIFICAZIONE PER INTENSITÀ E COMPLESSITÀ.....	20
8.	CRITERI ACCESSO ALL'AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE	20
8.1.	MODALITA' DI ACCESSO ALL'AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE 21	
8.1.1.	ACCESSO TRAMITE MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG).....	22
8.1.2.	ACCESSO DA SPECIALISTICA OSPEDALIERA O AMBULATORIALE	24
8.1.3.	ACCESSO DA SETTING OSPEDALIERO (RICOVERO O PRONTO SOCCORSO) 24	
8.1.4.	ACCESSO PER FOLLOW-UP	25
8.2.	CRITERI DI PRIORITÀ	26
9.	VALUTAZIONE INIZIALE IN AMBULATORIO (TERAPIA DEL DOLORE).....	27
10.	FOLLOW-UP E MONITORAGGIO	28
11.	INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE....	28



12.	INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO	29
12.1.	INDICATORI DI PROCESSO	29
12.2.	INDICATORI DI ESITO	30
13.	CODICI CUR DELLE PRESTAZIONI	30
14.	STRUMENTI DI SUPPORTO DEL PERCORSO	31
15.	MIGLIORAMENTO CONTINUO, FORMAZIONE E INFORMAZIONE	31
16.	CONCLUSIONI	32
17.	RIFERIMENTI NORMATIVI	33
18.	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI	34
19.	FLOW CHART PDTA TERAP IA DEL DOLORE	35

1. PREMESSA

Il dolore si configura come una condizione di elevata rilevanza clinica, funzionale, organizzativa e sociale, richiedendo un approccio strutturato e multidisciplinare all'interno dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA). Come definito dalla International Association for the Study of Pain, esso rappresenta *“un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata, o simile a quella associata, a un danno tissutale reale o potenziale”*.

Quando si presenta in forma persistente o ricorrente, e in particolare quando compromette il sonno, l'autonomia, la mobilità, la capacità lavorativa e la qualità di vita della persona, richiede una risposta assistenziale strutturata, omogenea e appropriata.

La terapia del dolore non può infatti essere intesa come un intervento episodico o meramente prescrittivo, ma come parte integrante di un percorso di presa in carico clinica fondato su valutazione, diagnosi, trattamento, monitoraggio degli esiti e continuità assistenziale.

In questo contesto, il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) costituisce lo strumento più idoneo per organizzare in maniera coerente e condivisa l'accesso e la gestione del paziente con dolore cronico non oncologico.

Il PDTA consente infatti di integrare attività e responsabilità di professionisti diversi, collocati nei differenti setting ospedalieri e territoriali, riducendo frammentazione, disomogeneità delle risposte, inappropriately prescrittiva e ritardi nell'invio specialistico. Allo stesso tempo, permette di definire criteri di accesso, funzioni dei professionisti coinvolti, strumenti di valutazione e modalità di monitoraggio, secondo una logica per processi orientata al miglioramento continuo.

Il riferimento normativo principale è rappresentato dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38, che riconosce e tutela il diritto della persona ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, definendo quest'ultima come l'insieme degli interventi diagnostici e terapeutici, farmacologici, chirurgici, strumentali, psicologici e riabilitativi finalizzati alla soppressione e al controllo del dolore. La stessa legge ha dato una base giuridica e organizzativa alla costruzione di percorsi dedicati, fondati sulla dignità della persona, sull'appropriatezza clinica e sull'integrazione dei diversi livelli assistenziali.

Ulteriori riferimenti di sistema sono costituiti dagli Accordi e dalle Intese in Conferenza Stato-Regioni che hanno progressivamente definito i requisiti organizzativi e di accreditamento delle reti di terapia del dolore, nonché dal DM 70/2015, che inquadra il ruolo delle reti cliniche ospedaliere, e dal DM 77/2022, che rafforza il modello di integrazione fra ospedale e territorio e il ruolo della prossimità assistenziale. In ambito regionale, la programmazione più recente sottolinea la necessità

di strutturare percorsi omogenei, integrati e monitorabili, capaci di garantire accesso appropriato, continuità di cura e presa in carico personalizzata del paziente con dolore.

Il modello organizzativo attuale si fonda su una visione integrata della medicina del dolore, intesa come percorso clinico-assistenziale strutturato, proattivo e personalizzato, orientato alla gestione del dolore persistente e alla tutela della qualità di vita e dell'autonomia funzionale del paziente, attraverso un approccio bio-psico-sociale e multidisciplinare.

Il presente PDTA nasce quindi dall'esigenza di definire in modo chiaro e condiviso il percorso di accesso all'ambulatorio di terapia del dolore cronico non oncologico sia in contesto ospedaliero sia in quello territoriale, con l'obiettivo di collocare ogni paziente nel setting più appropriato, favorire una valutazione specialistica tempestiva, integrare i rapporti con i servizi invianti e uniformare la pratica clinico-organizzativa.

Il documento si propone come strumento operativo aziendale, costruito sulla base della normativa vigente, delle principali linee di indirizzo regionali e delle più aggiornate evidenze cliniche disponibili.

2. RAZIONALE

Il dolore cronico non oncologico non coincide semplicemente con un sintomo protratto nel tempo, ma configura spesso una condizione clinica complessa, sostenuta da componenti biologiche, funzionali, psicologiche e sociali tra loro strettamente interconnesse.

La classificazione più aggiornata distingue forme di dolore cronico primario e forme di dolore cronico secondario, includendo fra queste, in particolare, il dolore muscoloscheletrico secondario, il dolore neuropatico, il dolore post-chirurgico o post-traumatico e il dolore viscerale cronico. Nella pratica clinica tali categorie possono sovrapporsi, rendendo necessario un inquadramento fisiopatologico accurato, non limitato alla sola intensità del sintomo.

Da un punto di vista assistenziale, il dolore cronico non oncologico è associato a elevato consumo di risorse, frequente ricorso improprio a visite ripetute, accertamenti diagnostici non sempre pertinenti, accessi in urgenza, terapie protratte senza adeguata rivalutazione e persistente disabilità. A questo si aggiungono le ricadute sulla vita personale, familiare, sociale e lavorativa del paziente. Proprio per questo il dolore cronico richiede una risposta strutturata e non occasionale, capace di governare in modo appropriato il passaggio dalla gestione iniziale al trattamento specialistico, evitando sia la sottovalutazione clinica sia la medicalizzazione inefficace.

Il razionale del PDTA si fonda dunque su alcuni principi essenziali:

- riconoscere il dolore come problema clinico autonomo e meritevole di valutazione specifica;
- garantire uniformità di accesso e di presa in carico;
- stratificare i pazienti in base a complessità clinica, intensità del dolore, impatto funzionale e bisogno assistenziale;
- favorire l'integrazione tra invio territoriale, specialistica ambulatoriale, servizi diagnostici e altri specialisti coinvolti;
- promuovere trattamenti multimodali, personalizzati e progressivi;
- monitorare esiti clinici, funzionali e organizzativi.

Questa impostazione è coerente con la definizione stessa di PDTA come sequenza coordinata di prestazioni e interventi, erogati nei diversi setting assistenziali, con la partecipazione integrata di più professionisti, finalizzata a realizzare per una determinata condizione clinica la diagnosi, la terapia e l'assistenza più appropriate.

Il modello di riferimento non deve essere solo reattivo, ma proattivo: il paziente con dolore persistente deve poter essere identificato precocemente dal medico di medicina generale, dallo specialista o dal medico del pronto soccorso e accompagnato in un percorso di valutazione e cura che garantisca facilità di accesso, prossimità del trattamento e continuità della presa in carico.

3. DEFINIZIONE E FUNZIONE DEL PDTA

Il PDTA è uno strumento di governo clinico e organizzativo che descrive il percorso assistenziale raccomandato per una determinata condizione di salute, adattandolo alla realtà locale, alle risorse disponibili e ai bisogni della popolazione di riferimento.

Non è una semplice sequenza di prestazioni, ma un modello di presa in carico che definisce obiettivi, criteri di accesso, ruoli dei professionisti, modalità operative, indicatori di processo ed esito.

Nel caso della terapia del dolore, il PDTA assume una funzione particolarmente rilevante perché il paziente doloroso attraversa spesso più livelli assistenziali, incontra diversi professionisti e richiede valutazioni successive che devono mantenere coerenza clinica e continuità decisionale.

L'adozione di un percorso formalizzato consente di:

- ridurre la variabilità ingiustificata delle pratiche cliniche;
- migliorare l'appropriatezza degli invii e dei trattamenti;
- rendere più tempestivo l'accesso specialistico;
- favorire la continuità tra fase diagnostica, trattamento e follow-up;
- misurare attività ed esiti;
- sostenere una programmazione aziendale coerente con il fabbisogno reale.

Il PDTA rappresenta inoltre uno strumento di tutela sia per il paziente sia per i professionisti, in quanto rende espliciti i criteri decisionali, chiarisce i passaggi di responsabilità clinica e organizza il percorso in modo trasparente e riproducibile.

Il PDTA deve essere inteso come modello locale, personalizzato in ogni contesto operativo, costruito sulla base delle linee guida, delle indicazioni normative e delle risorse realmente disponibili, con esplicitazione dell'ambito di applicazione, dei nodi del percorso e dei criteri di monitoraggio.

In terapia del dolore, questa impostazione è particolarmente importante perché la complessità clinica del paziente algico espone al rischio di frammentazione, duplicazione di prestazioni e difformità di trattamento.

4. FINALITÀ DEL DOCUMENTO

Il presente documento ha la finalità di disciplinare l'accesso all'ambulatorio di terapia del dolore cronico non oncologico e non in tutte le strutture preposte dell'ASL di Latina, definendo un percorso condiviso e appropriato per la valutazione e la presa in carico dei pazienti.

In particolare, il PDTA si prefigge di:

- definire i criteri di eleggibilità e di invio all'ambulatorio;
- individuare le modalità di accesso da parte dei servizi ospedalieri e territoriali;
- standardizzare la prima valutazione specialistica;
- identificare i principali strumenti di inquadramento clinico e funzionale del dolore;

- orientare il paziente verso il trattamento più appropriato, farmacologico, riabilitativo o multidisciplinare;
- definire la logica del follow-up e della rivalutazione;
- favorire il raccordo con i professionisti invianti e con gli altri servizi coinvolti;
- predisporre le basi per il monitoraggio dell'attività e degli esiti;
- favorire l'utilizzo appropriato delle agende dedicate e dei codici CUR previsti dal sistema regionale;
- integrare, ove appropriato, strumenti di telemedicina e continuità informativa.

Il documento si applica ai pazienti adulti con dolore cronico non oncologico che necessitino di valutazione specialistica algologica nell'ambito dell'attività ambulatoriale ospedaliera.

5. PRINCIPI ISPIRATORI DEL PERCORSO

Il PDTA della terapia del dolore cronico non oncologico è costruito secondo alcuni principi di fondo che ne orientano contenuti e applicazione.

Centralità della persona.

La valutazione del dolore deve considerare non solo il sintomo, ma il suo impatto sulla funzione, sul sonno, sull'umore, sulle relazioni e sulla qualità di vita. Il paziente non deve essere letto esclusivamente in chiave prescrittiva, ma come persona portatrice di un bisogno complesso.

Il dolore, infatti, rappresenta un'esperienza multidimensionale che coinvolge aspetti fisici, psicologici e sociali.

Approccio bio-psico-sociale.

Il dolore persistente richiede una lettura integrata delle sue componenti fisiopatologiche, emotive, comportamentali e contestuali. Tale approccio è indispensabile sia nella fase diagnostica sia nella definizione del progetto terapeutico che deve essere personalizzato e multimodale. Ciò implica l'integrazione di interventi farmacologici, riabilitativi, psicologici ed educativi, con il coinvolgimento attivo del paziente e, quando necessario, della rete familiare e assistenziale.

Appropriatezza clinica e organizzativa.

Azienda USL Latina – UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità - Centro Direzionale Commerciale Latina Fiori Pal. G2 –
V.le Pier Luigi Nervi, snc – 04100 Latina Partita IVA 01684950593 – Sito Internet: www.ausl.latina.it mail:
rischioclinico@ausl.latina.it

L'accesso all'ambulatorio specialistico deve essere riservato a condizioni nelle quali vi sia un reale bisogno di valutazione algologica, evitando sia invii tardivi sia utilizzi impropri del setting specialistico.

Multidisciplinarietà e integrazione.

La medicina del dolore richiede, quando necessario, il coinvolgimento coordinato di più professionalità: anestesista/algologo, fisiatra, neurologo, ortopedico, neurochirurgo, psicologo, fisioterapista, infermiere e medico di medicina generale, secondo il bisogno clinico specifico.

Continuità assistenziale.

Il percorso deve essere pensato in modo da garantire continuità fra invio, prima visita, eventuali approfondimenti, trattamento e follow-up, con restituzione chiara delle indicazioni al curante e ai servizi coinvolti. È essenziale evitare frammentazioni o discontinuità che possano compromettere l'efficacia degli interventi o generare disorientamento nel paziente. A tal fine, è necessario definire chiaramente ruoli, responsabilità e modalità di comunicazione tra i diversi professionisti e servizi coinvolti (medico di medicina generale, specialisti, servizi territoriali, strutture ospedaliere), favorendo un approccio integrato e coordinato.

Proattività della presa in carico.

Il percorso non deve limitarsi a rispondere al bisogno espresso dal paziente quando ormai cronicizzato o aggravato, ma deve favorire l'identificazione precoce del bisogno specialistico e l'attivazione diretta del percorso da parte dei professionisti coinvolti. La proattività si traduce anche nella capacità del sistema di anticipare i bisogni del paziente lungo tutto il percorso, attraverso un monitoraggio attivo, la programmazione dei controlli e la rivalutazione periodica della situazione clinica, evitando interruzioni o ritardi nell'erogazione delle cure.

Monitoraggio e miglioramento continuo.

Il PDTA non è un documento statico, ma uno strumento soggetto a verifica periodica sulla base dei volumi di attività, dei tempi di accesso, degli esiti clinici, dell'aderenza ai percorsi e delle criticità emerse. Il monitoraggio deve includere anche la rilevazione delle criticità organizzative e cliniche, nonché il punto di vista del paziente, attraverso strumenti di valutazione dell'esperienza e della soddisfazione. Le informazioni raccolte devono essere periodicamente analizzate e condivise tra i

professionisti e i responsabili del percorso, al fine di individuare aree di miglioramento e definire azioni correttive.

Educazione terapeutica e comunicazione.

Il percorso deve includere un'informazione comprensibile, coerente e continuativa, capace di favorire adesione terapeutica, consapevolezza del percorso e allineamento fra aspettative e obiettivi realistici di cura. L'educazione terapeutica ha l'obiettivo di rendere il paziente parte attiva del percorso, favorendo la comprensione della natura del dolore, delle opzioni terapeutiche disponibili, dei benefici attesi e dei possibili limiti del trattamento. In particolare, è importante promuovere la consapevolezza rispetto agli obiettivi realistici di cura, che non sempre coincidono con la completa scomparsa del dolore, ma includono il miglioramento della funzionalità, della qualità di vita e della capacità di autogestione.

L'integrazione tra educazione terapeutica e comunicazione favorisce quindi un'alleanza terapeutica solida tra paziente e professionisti, elemento essenziale per il successo del trattamento e per la continuità della presa in carico nel tempo.

6. DEFINIZIONI OPERATIVE

Ai fini del presente PDTA, si richiamano alcune definizioni utili a uniformare il linguaggio clinico e organizzativo.

Case manager

Figura di riferimento individuata, quando opportuno, per facilitare il coordinamento delle prestazioni, la continuità assistenziale, la programmazione dei controlli e il raccordo fra i professionisti coinvolti.

Dolore cronico non oncologico

Dolore che persiste o recidiva per un periodo superiore a 3 mesi, oppure oltre il normale tempo di guarigione, e che comporta un impatto significativo sulla qualità di vita e sulla funzione del paziente.

Dolore misto

Quadro in cui coesistono componenti nocicettive e neuropatiche.

Dolore neuropatico

Dolore causato da una lesione o malattia del sistema somatosensoriale, periferico o centrale.

Dolore nocicettivo

Dolore determinato dall'attivazione dei nocicettori in risposta a danno tissutale somatico o viscerale.

Presa in carico

Gestione continuativa e coordinata del paziente lungo il percorso di cura.

Valutazione algologica

Processo clinico specialistico strutturato finalizzato alla definizione del piano terapeutico, basato su anamnesi, esame obiettivo, identificazione del meccanismo del dolore, misurazione dell'intensità e valutazione dell'impatto funzionale.

7. STRUTTURA DEL PERCORSO TERAPEUTICO

Il percorso terapeutico del paziente affetto da dolore cronico non oncologico deve essere impostato secondo un modello progressivo, personalizzato e orientato al meccanismo fisiopatologico del dolore. L'obiettivo non è esclusivamente la riduzione dell'intensità del dolore, ma il miglioramento globale della funzione, della qualità di vita e della partecipazione alle attività quotidiane.

Il trattamento si articola in più livelli, che non rappresentano fasi rigide ma ambiti dinamici, modulabili in base alla risposta clinica.

7.1. Trattamento di primo livello

Il trattamento iniziale del dolore cronico non oncologico viene generalmente impostato dal Medico di Medicina Generale o dallo specialista inviante e rappresenta il primo livello di intervento terapeutico all'interno del percorso assistenziale. Tale fase ha l'obiettivo non solo di ridurre l'intensità del dolore, ma anche di limitare la disabilità correlata, prevenire la cronicizzazione del sintomo e migliorare la qualità della vita del paziente attraverso un approccio globale e personalizzato.

La terapia iniziale prevede, quando appropriato, l'utilizzo di farmaci analgesici di base, come paracetamolo e farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). La scelta del trattamento farmacologico deve essere effettuata considerando l'intensità del dolore, la patologia sottostante, l'età del paziente, le eventuali comorbidità e il rischio di effetti collaterali. I FANS, ad esempio, risultano indicati soprattutto nelle condizioni caratterizzate da una componente infiammatoria, ma devono essere utilizzati con cautela nei pazienti anziani o affetti da insufficienza renale, patologie gastrointestinali o cardiovascolari. Il paracetamolo può rappresentare un'opzione iniziale nei quadri dolorosi lievi o moderati, soprattutto quando sia necessario limitare il rischio di tossicità gastrointestinale.

Accanto al trattamento sintomatico, è fondamentale affrontare, ove possibile, le cause specifiche del dolore cronico. L'identificazione dell'eziologia sottostante consente infatti di impostare interventi mirati, orientati non solo al controllo del sintomo ma anche alla gestione della patologia responsabile. In questa prospettiva, il trattamento può comprendere interventi farmacologici specifici, percorsi riabilitativi, modifiche dello stile di vita o ulteriori approfondimenti specialistici.

Un elemento centrale della presa in carico è rappresentato dall'educazione del paziente. Informare adeguatamente la persona sulle caratteristiche del dolore cronico, sugli obiettivi realistici della terapia e sull'importanza dell'aderenza terapeutica contribuisce a migliorare la consapevolezza della malattia e la partecipazione attiva al percorso di cura. L'educazione sanitaria deve inoltre favorire il corretto utilizzo dei farmaci, prevenire l'automedicazione impropria e promuovere strategie di autogestione del sintomo.

Contestualmente vengono fornite le prime indicazioni comportamentali e funzionali, finalizzate a mantenere il più possibile l'autonomia del paziente e a prevenire la limitazione delle attività quotidiane. Tali indicazioni possono comprendere consigli posturali, programmi di attività fisica adattata, raccomandazioni ergonomiche e strategie per migliorare il sonno e ridurre i fattori che contribuiscono alla persistenza del dolore. Nei pazienti con dolore muscoloscheletrico cronico, ad esempio, il mantenimento di una regolare attività fisica rappresenta un elemento terapeutico fondamentale per contrastare la disabilità e il decondizionamento funzionale.

Il trattamento iniziale deve essere accompagnato da un attento monitoraggio della risposta terapeutica. La rivalutazione periodica consente di verificare l'efficacia degli interventi adottati, l'eventuale comparsa di effetti indesiderati e il grado di miglioramento funzionale del paziente. Il monitoraggio comprende la valutazione dell'intensità del dolore mediante scale validate, l'analisi dell'impatto del sintomo sulle attività quotidiane e il controllo dell'aderenza terapeutica. In assenza di un adeguato beneficio clinico o in presenza di dolore persistente e complesso, il paziente può essere indirizzato ai livelli specialistici della rete di terapia del dolore per una presa in carico multidisciplinare più approfondita.

Il ricorso allo specialista è indicato in caso di:

- inefficacia del trattamento;
- dolore persistente o ingravescente;
- sospetto dolore neuropatico o misto;
- elevato impatto funzionale.

7.2. Trattamento di secondo livello (specialistico ambulatoriale)

La presa in carico specialistica rappresenta il momento centrale dell'attività dell'Ambulatorio di Terapia del Dolore e costituisce il livello assistenziale dedicato ai pazienti con dolore cronico persistente, complesso o non adeguatamente controllato dai trattamenti iniziali. In questa fase il paziente viene valutato attraverso un approccio globale e multidimensionale, finalizzato non solo alla riduzione del sintomo doloroso, ma anche al recupero della funzionalità, dell'autonomia e della qualità della vita.

Uno degli elementi fondamentali della valutazione specialistica è la ridefinizione diagnostica del dolore. Il dolore cronico, infatti, non rappresenta esclusivamente un sintomo, ma una vera e propria condizione patologica che richiede un inquadramento clinico accurato. La valutazione specialistica mira a identificare il tipo di dolore (nocicettivo, neuropatico, nociplastico o misto), i meccanismi fisiopatologici coinvolti, i fattori aggravanti o perpetuanti e l'eventuale presenza di comorbidità cliniche e psicologiche. Tale approfondimento diagnostico consente di formulare un piano terapeutico più appropriato e personalizzato.

Sulla base dell'inquadramento clinico, viene impostata una terapia farmacologica mirata al meccanismo del dolore. L'approccio terapeutico moderno non si basa esclusivamente sull'intensità del sintomo, ma soprattutto sulla natura fisiopatologica del dolore stesso. Ad esempio, il dolore neuropatico può richiedere l'impiego di antidepressivi o farmaci antiepilettici, mentre il dolore nocicettivo può beneficiare maggiormente di analgesici tradizionali o farmaci antinfiammatori. Nei casi selezionati possono essere impiegati anche oppioidi, nel rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva e dopo un'attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio.

La presa in carico specialistica prevede inoltre una revisione critica e un'ottimizzazione delle terapie già in atto. Spesso i pazienti giungono all'osservazione specialistica dopo aver effettuato trattamenti multipli, talvolta inefficaci, non coordinati o gravati da effetti collaterali significativi. L'ambulatorio specialistico ha pertanto il compito di rivalutare i farmaci utilizzati, verificarne efficacia e tollerabilità, ridurre eventuali duplicazioni terapeutiche e limitare il rischio di inappropriata prescrittiva o di interazioni farmacologiche.

Un elemento cardine del percorso è rappresentato dall'impostazione di strategie multimodali. Il dolore cronico è infatti una condizione complessa che raramente può essere trattata efficacemente con un singolo intervento terapeutico. Per questo motivo, il trattamento deve integrare differenti approcci farmacologici, riabilitativi, psicologici e comportamentali. L'associazione di più strategie terapeutiche consente di agire sui diversi meccanismi del dolore, migliorando gli esiti clinici e riducendo la dipendenza esclusiva dal trattamento farmacologico.

Nel corso della presa in carico vengono inoltre definiti obiettivi terapeutici condivisi con il paziente. La gestione del dolore cronico richiede infatti una partecipazione attiva della persona assistita e un'adequata alleanza terapeutica. Gli obiettivi devono essere realistici, personalizzati e progressivamente rivalutati nel tempo. In molti casi il successo terapeutico non coincide con la completa scomparsa del dolore, ma con il miglioramento della funzionalità, del sonno, della qualità della vita e della capacità di svolgere le normali attività quotidiane.

Quando la complessità clinica lo richiede, può essere attivato il gruppo multidisciplinare, costituito da diverse figure professionali quali terapeuta del dolore, fisiatra, psicologo, fisioterapista, neurologo, ortopedico o altri specialisti coinvolti nella gestione della specifica patologia. L'approccio

multidisciplinare consente di affrontare simultaneamente gli aspetti biologici, psicologici e sociali del dolore cronico, favorendo una presa in carico realmente integrata.

Nei casi caratterizzati da particolare fragilità clinica, elevata complessità assistenziale o necessità di coordinamento tra diversi servizi, può essere individuata una figura di case manager. Tale figura svolge un ruolo di riferimento per il paziente e per i professionisti coinvolti nel percorso di cura, facilitando la continuità assistenziale, il monitoraggio clinico e l'integrazione tra ospedale, territorio e servizi specialistici.

La terapia farmacologica specialistica deve sempre seguire principi di appropriatezza, sicurezza e personalizzazione del trattamento. È necessario privilegiare approcci multimodali, evitando il ricorso esclusivo a singole categorie farmacologiche e riducendo il rischio di sovratrattamento. Particolare attenzione deve essere posta nell'evitare escalation terapeutiche non giustificate, soprattutto nell'utilizzo di oppioidi, il cui impiego deve essere attentamente monitorato in termini di efficacia, effetti collaterali, tolleranza e possibile rischio di abuso o dipendenza.

La rivalutazione periodica rappresenta infine un elemento essenziale del percorso specialistico. Attraverso controlli clinici programmati vengono monitorati l'andamento del dolore, il miglioramento funzionale, la tollerabilità delle terapie e il raggiungimento degli obiettivi concordati. Tale monitoraggio consente di modificare tempestivamente il piano terapeutico e di garantire una gestione dinamica e appropriata della patologia dolorosa cronica. Nel caso di utilizzo di farmaci oppioidi, questi devono essere considerati generalmente come opzione di seconda linea, da utilizzare con cautela, previa valutazione del rischio, con titolazione progressiva e monitoraggio strutturato nel tempo. È raccomandato un follow-up regolare, soprattutto nelle fasi iniziali di trattamento, al fine di intercettare precocemente inefficacia, effetti collaterali o comportamenti a rischio.

7.3. Approccio multimodale

La gestione del dolore cronico richiede un approccio terapeutico integrato e multidisciplinare, finalizzato non soltanto alla riduzione dell'intensità del dolore, ma anche al recupero della funzionalità, dell'autonomia e della qualità della vita del paziente. Per tale motivo, il percorso terapeutico può comprendere differenti tipologie di intervento, modulati sulla base delle

caratteristiche cliniche della persona, della natura del dolore e del grado di compromissione funzionale.

7.3.1. Terapia farmacologica

La terapia farmacologica rappresenta uno degli strumenti fondamentali nella gestione del dolore cronico non oncologico e viene personalizzata sulla base del meccanismo fisiopatologico del dolore, della sua intensità, delle condizioni cliniche del paziente e delle eventuali comorbidità. Nel contesto delle cure di secondo livello possono essere impiegate diverse classi di farmaci. Tra gli analgesici non oppioidi, il paracetamolo trova indicazione soprattutto nelle forme di dolore lieve-moderato di origine muscoloscheletrica. I farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), quali ibuprofene, naproxene, diclofenac e ketoprofene, sono utilizzati in presenza di una componente infiammatoria associata al dolore. Nei pazienti con dolore neuropatico o con una significativa componente neuropatica possono essere prescritti farmaci adiuvanti quali gabapentin, pregabalin, duloxetina o amitriptilina, che agiscono modulando i meccanismi di trasmissione del dolore. Nei casi in cui il controllo sintomatologico risulti insufficiente con le precedenti strategie terapeutiche, possono essere considerati, previa appropriata valutazione clinica, farmaci oppioidi quali tramadolo, buprenorfina, tapentadolo, ossicodone o morfina, nel rispetto delle raccomandazioni di appropriatezza prescrittiva e sicurezza. La scelta terapeutica deve essere orientata al raggiungimento del miglior equilibrio possibile tra efficacia analgesica, recupero funzionale e tollerabilità del trattamento.

La terapia farmacologica richiede un monitoraggio periodico finalizzato alla valutazione dell'efficacia clinica, dell'aderenza terapeutica e dell'eventuale comparsa di effetti indesiderati, con possibilità di revisione e adeguamento del piano terapeutico nel tempo.

7.3.2. Procedure interventistiche

Le procedure interventistiche rappresentano un'opzione terapeutica per i pazienti affetti da dolore cronico non oncologico che non ottengono un adeguato controllo dei sintomi mediante i trattamenti conservativi. Tali procedure vengono eseguite dopo un'attenta valutazione clinica e diagnostica e sono rivolte principalmente ai pazienti con dolore persistente di origine muscoloscheletrica, neuropatica o articolare, nei quali sia possibile identificare una specifica struttura anatomica

responsabile della sintomatologia.

Tra le procedure più frequentemente utilizzate rientrano le infiltrazioni articolari e periarticolari con anestetici locali e corticosteroidi, indicate nei pazienti con artrosi, sindromi infiammatorie articolari, borsiti e tendinopatie. Nei pazienti con dolore vertebrale cronico possono essere eseguite infiltrazioni delle faccette articolari, blocchi delle branche mediali o infiltrazioni epidurali, particolarmente utili in presenza di lombalgia, cervicalgia o radicolopatia associata a ernia discale o stenosi del canale vertebrale.

Nei casi in cui il dolore sia sostenuto da specifiche strutture nervose, possono essere impiegati blocchi nervosi diagnostici e terapeutici mediante anestetici locali, eventualmente associati a corticosteroidi. Tali procedure trovano indicazione in diverse sindromi dolorose neuropatiche, nelle nevralgie periferiche e in alcune condizioni dolorose regionali complesse.

Quando il beneficio ottenuto dai blocchi diagnostici risulta significativo ma temporaneo, può essere indicata la neurolisi o la radiofrequenza delle strutture nervose coinvolte. La radiofrequenza, in particolare, viene utilizzata nei pazienti con dolore cronico proveniente dalle articolazioni zigoapofisarie vertebrali, dall'articolazione sacroiliaca o da specifici nervi periferici, consentendo una riduzione del dolore che può protrarsi per diversi mesi.

Nei pazienti selezionati con dolore neuropatico cronico refrattario ai trattamenti convenzionali possono essere considerate tecniche di neuromodulazione, quali la stimolazione midollare (Spinal Cord Stimulation). Queste procedure sono generalmente riservate a soggetti con dolore persistente dopo chirurgia vertebrale (Failed Back Surgery Syndrome), sindromi dolorose regionali complesse o altre forme di dolore neuropatico cronico che abbiano dimostrato resistenza alle terapie farmacologiche e riabilitative.

Le procedure interventistiche non sostituiscono gli altri approcci terapeutici, ma si inseriscono all'interno di un programma multidisciplinare finalizzato alla riduzione del dolore, al miglioramento della qualità di vita e al recupero delle capacità funzionali del paziente.

7.3.3. Interventi riabilitativi e funzionali

Gli interventi riabilitativi rappresentano una componente fondamentale del trattamento del dolore cronico non oncologico, poiché mirano a contrastare la disabilità, il decondizionamento fisico e la perdita di autonomia frequentemente associati alla persistenza del dolore. La riabilitazione deve essere avviata precocemente e integrata all'interno di un approccio multidisciplinare, in quanto il mantenimento dell'attività fisica e della funzionalità costituisce uno degli elementi più importanti per prevenire la progressione della disabilità correlata al dolore cronico.

Il programma riabilitativo viene personalizzato sulla base della valutazione clinica, funzionale e dei bisogni specifici del paziente. Gli interventi possono comprendere esercizio terapeutico individuale o di gruppo, mobilizzazione articolare, rieducazione posturale, tecniche di rinforzo muscolare, allenamento aerobico, esercizi di stabilizzazione del rachide, training dell'equilibrio e programmi di recupero funzionale progressivo. Nei pazienti con limitazioni significative nelle attività quotidiane possono essere inoltre previsti interventi di terapia occupazionale finalizzati al recupero dell'autonomia personale, domestica e lavorativa.

Tali interventi trovano indicazione nei pazienti con dolore muscoloscheletrico cronico, lombalgia e cervicalgia persistenti, artrosi, fibromialgia, esiti di interventi chirurgici ortopedici, sindromi dolorose miofasciali e condizioni caratterizzate da riduzione della mobilità o della capacità funzionale. Anche nei pazienti con dolore neuropatico cronico la riabilitazione può contribuire al miglioramento della funzionalità, della tolleranza allo sforzo e della qualità di vita.

Nei soggetti con marcata inattività fisica, paura del movimento (kinesiofobia), riduzione della capacità lavorativa o importante decondizionamento, il percorso riabilitativo assume un ruolo centrale nel recupero delle competenze motorie e nella graduale ripresa delle attività quotidiane. Nei pazienti anziani o fragili, gli interventi sono orientati principalmente al mantenimento dell'autonomia, alla prevenzione delle cadute e alla conservazione delle capacità residue.

L'obiettivo della riabilitazione non è esclusivamente la riduzione dell'intensità del dolore, ma soprattutto il miglioramento della funzione fisica, il recupero dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana, il reinserimento sociale e lavorativo e la prevenzione della cronicizzazione della

disabilità. L'efficacia del trattamento viene monitorata attraverso la valutazione periodica degli esiti funzionali, del livello di attività e della qualità di vita riferita dal paziente.

7.3.4. Supporto psicologico

Nel dolore cronico, gli aspetti emotivi e psicologici rivestono un ruolo particolarmente rilevante, influenzando la percezione del dolore, l'aderenza terapeutica e la qualità della vita. Ansia, depressione, stress cronico, disturbi del sonno e isolamento sociale possono infatti contribuire al mantenimento e all'aggravamento della sintomatologia dolorosa.

Quando indicato, il percorso terapeutico può quindi prevedere il supporto psicologico, finalizzato ad aiutare il paziente nella gestione emotiva della malattia e nell'acquisizione di strategie adattive efficaci. Gli interventi psicologici possono comprendere colloqui di sostegno, tecniche cognitive-comportamentali, strategie di gestione dello stress e programmi di educazione alla consapevolezza del dolore.

Il supporto psicologico contribuisce a migliorare la qualità della vita e favorisce una maggiore partecipazione attiva del paziente al percorso terapeutico.

7.3.5. Educazione terapeutica

L'educazione terapeutica costituisce un elemento essenziale nella gestione del dolore cronico e ha lo scopo di rendere il paziente maggiormente consapevole della propria condizione clinica e partecipe del percorso di cura.

Attraverso un'adeguata informazione, il paziente viene aiutato a comprendere le caratteristiche del dolore cronico, gli obiettivi realistici del trattamento e l'importanza dell'aderenza terapeutica e delle corrette abitudini comportamentali. L'educazione terapeutica favorisce inoltre l'autogestione del sintomo, promuove stili di vita adeguati e contribuisce a ridurre il rischio di comportamenti disfunzionali, come sedentarietà, automedicazione impropria o dipendenza esclusiva dal trattamento farmacologico.

Il coinvolgimento attivo del paziente rappresenta infatti uno degli elementi fondamentali per il successo del percorso terapeutico e per il miglioramento degli esiti clinici a lungo termine. Questo approccio consente di ridurre la dipendenza da singole strategie terapeutiche e di migliorare gli *outcome* complessivi.

7.4. Gestione del "Breakthrough Pain" (BTp)

Il *breakthrough pain* (o dolore episodico intenso) è un'esacerbazione transitoria, improvvisa e severa del dolore che si manifesta su un dolore di base cronico già ben controllato da terapia con oppioidi. Dura solitamente 30-40 minuti e richiede trattamenti a rapida azione; si tratta con farmaci a effetto ultra-rapido (spesso spray nasali o compresse sublinguali a base di fentanyl).

7.5. Stratificazione per intensità e complessità

Il percorso aziendale deve orientare il paziente verso il livello assistenziale più appropriato in base alla gravità del quadro:

- i quadri lievi o moderati possono essere seguiti in ambito ambulatoriale con terapia farmacologica e non farmacologica e successiva gestione condivisa con il MMG;
- i quadri severi, invalidanti o di maggiore complessità richiedono presa in carico specialistica più intensiva, monitoraggio più ravvicinato e, quando necessario, confronto multidisciplinare.

8. CRITERI ACCESSO ALL'AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE

Questo capitolo del PDTA focalizza il suo interesse ai pazienti adulti affetti da dolore dolore cronico non oncologico che necessitano di valutazione specialistica presso l'ambulatorio di terapia del dolore degli ospedali aziendali.

L'ambulatorio ospedaliero di terapia del dolore è indicato per pazienti complessi, refrattari a trattamenti standard, o con necessità di approccio multimodale, sempre in continuità con il medico curante e la rete territoriale.

Il setting dell'ambulatorio di terapia del dolore riguarda in particolare:

- pazienti con dolore persistente (>3 mesi) o ricorrente, con impatto funzionale significativo;
- pazienti con dolore non adeguatamente controllato dai trattamenti di primo livello;
- pazienti con sospetto dolore neuropatico, misto o complesso;
- pazienti con necessità di rivalutazione terapeutica in caso di inefficacia o effetti collaterali;
- pazienti con dolore muscoloscheletrico cronico, neuropatie periferiche, dolore neuropatico post-erpetico, esiti di lesione midollare, sindrome del dolore regionale complesso, dolore viscerale cronico o altre condizioni dolorose persistenti meritevoli di inquadramento specialistico.

Il documento si rivolge a tutti i professionisti coinvolti nel percorso del paziente con dolore:

- medici di medicina generale;
- specialisti ospedalieri e ambulatoriali;
- medici dell'emergenza-urgenza;
- personale infermieristico;
- professionisti della riabilitazione;
- psicologi e altre figure coinvolte nel percorso assistenziale.

8.1. MODALITA' DI ACCESSO ALL'AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE

L'accesso all'ambulatorio di terapia del dolore deve avvenire secondo criteri di appropriatezza. Nel PDTA del dolore cronico non oncologico della ASL Latina, l'accesso all'ambulatorio di terapia del dolore rappresenta un momento fondamentale dell'intero percorso assistenziale, poiché consente di garantire al paziente una presa in carico specialistica appropriata, tempestiva e coerente con il livello di complessità clinica presentato. L'organizzazione delle modalità di accesso non risponde esclusivamente a esigenze amministrative o gestionali, ma riflette una precisa impostazione clinica e assistenziale basata sui principi di appropriatezza, continuità delle cure, integrazione multidisciplinare e centralità della persona assistita.

L'accesso alla terapia del dolore deve infatti avvenire secondo criteri di appropriatezza clinica, con

Azienda USL Latina – UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità - Centro Direzionale Commerciale Latina Fiori Pal. G2 –
V.le Pier Luigi Nervi, snc – 04100 Latina Partita IVA 01684950593 – Sito Internet: www.ausl.latina.it mail:
rischioclinico@ausl.latina.it

l'obiettivo di assicurare un utilizzo corretto delle risorse specialistiche e di indirizzare il paziente verso il livello assistenziale più adeguato ai propri bisogni. Tale principio assume particolare rilevanza nell'ambito del dolore cronico non oncologico, condizione complessa e multifattoriale che richiede una valutazione globale del paziente, non limitata esclusivamente alla sintomatologia dolorosa, ma estesa anche agli aspetti funzionali, psicologici, relazionali e sociali correlati alla persistenza del dolore.

In questa prospettiva, l'ambulatorio di terapia del dolore si configura come un nodo specialistico della rete assistenziale territoriale e ospedaliera, deputato alla gestione dei casi caratterizzati da maggiore complessità clinica, refrattarietà terapeutica o elevato rischio di cronicizzazione. L'obiettivo è quello di evitare sia invii impropri di condizioni gestibili a livello territoriale, sia ritardi nell'accesso specialistico che potrebbero favorire l'evoluzione del dolore verso forme persistenti e disabilitanti.

Il documento prevede che il paziente possa essere riconosciuto e avviato al percorso da differenti professionisti sanitari, tra cui il Medico di Medicina Generale, gli specialisti ospedalieri o territoriali e i medici del pronto soccorso. Tale impostazione evidenzia la natura multidisciplinare della medicina del dolore e la necessità di una stretta integrazione tra i diversi livelli assistenziali. La prenotazione della visita specialistica, quando clinicamente appropriata, dovrebbe inoltre essere attivata in modalità proattiva dai professionisti coinvolti, al fine di ridurre i tempi di attesa, facilitare la continuità assistenziale e limitare il rischio di frammentazione del percorso di cura.

8.1.1. Accesso tramite Medico di Medicina Generale (MMG)

La modalità di accesso più frequente e appropriata è rappresentata dall'invio tramite Medico di Medicina Generale. Il MMG svolge infatti un ruolo centrale all'interno del percorso assistenziale del paziente con dolore cronico, configurandosi come primo riferimento clinico e coordinatore della continuità delle cure. Il suo intervento inizia fin dalle fasi iniziali della valutazione del dolore e comprende il primo inquadramento clinico del paziente, l'impostazione dei trattamenti iniziali e l'identificazione dei soggetti che necessitano di approfondimento specialistico.

Il primo inquadramento clinico da parte del MMG riveste un'importanza fondamentale, poiché consente di raccogliere un'anamnesi accurata, valutare le caratteristiche qualitative e temporali del

dolore, individuare eventuali segni di allarme e orientare la diagnosi differenziale tra dolore nocicettivo, neuropatico, nociplastico o misto. Tale distinzione risulta essenziale per impostare un trattamento adeguato e per identificare precocemente i pazienti a maggiore complessità clinica.

Il Medico di Medicina Generale è inoltre chiamato a impostare le prime strategie terapeutiche, sia farmacologiche sia non farmacologiche, promuovendo un approccio multimodale al dolore cronico che comprenda educazione terapeutica, mantenimento dell'attività fisica, eventuali percorsi riabilitativi e monitoraggio clinico nel tempo. Attraverso il follow-up territoriale, il MMG collabora attivamente al monitoraggio dell'efficacia terapeutica, alla valutazione della tollerabilità dei trattamenti e alla continuità assistenziale, in stretta integrazione con gli specialisti della terapia del dolore.

Particolare rilevanza assume anche il ruolo del MMG nella riconciliazione terapeutica, soprattutto nei pazienti con politerapia o comorbidità multiple. In tali situazioni, il monitoraggio delle possibili interazioni farmacologiche, degli effetti collaterali e dell'aderenza terapeutica rappresenta un elemento fondamentale per garantire sicurezza e appropriatezza prescrittiva.

Il documento attribuisce inoltre notevole importanza allo screening iniziale dei fattori psicosociali che possono influenzare l'esperienza dolorosa e il rischio di cronicizzazione. La moderna medicina del dolore riconosce infatti che il dolore cronico non dipende esclusivamente da alterazioni organiche, ma risulta fortemente influenzato da componenti emotive, cognitive, comportamentali e sociali. Ansia, depressione, isolamento sociale, difficoltà lavorative, paura del movimento e fenomeni di catastrofizzazione possono contribuire al mantenimento e all'amplificazione della sintomatologia dolorosa, rendendo necessaria una valutazione globale della persona assistita.

L'invio allo specialista in terapia del dolore è indicato nei casi di dolore persistente non adeguatamente controllato, sospetto dolore neuropatico o misto, fallimento delle terapie di primo livello, necessità di approfondimenti diagnostici specialistici, complessità clinica, presenza di politerapia, significativo impatto funzionale o elevato rischio di evoluzione verso forme croniche e disabilitanti. In tali situazioni, la valutazione specialistica consente di definire strategie terapeutiche più avanzate e personalizzate, eventualmente integrate con procedure interventistiche, percorsi riabilitativi o supporto psicologico.

8.1.2. Accesso da specialistica ospedaliera o ambulatoriale

Oltre all'accesso tramite Medico di Medicina Generale, il PDTA prevede la possibilità di invio da parte degli specialisti ospedalieri o territoriali, quali ortopedici, neurologi, fisiatristi, neurochirurghi, reumatologi e altri professionisti coinvolti nella gestione di patologie croniche dolorose. Tale modalità di accesso evidenzia il carattere multidisciplinare della terapia del dolore e la necessità di una stretta collaborazione tra le diverse figure professionali coinvolte nella presa in carico del paziente.

In numerose condizioni cliniche, infatti, il dolore può persistere anche dopo il trattamento della patologia di base, trasformandosi nel principale elemento responsabile della compromissione funzionale e della riduzione della qualità della vita. In questi casi il dolore assume caratteristiche autonome e richiede un approccio algologico specifico, integrato e specialistico.

L'invio all'ambulatorio di terapia del dolore avviene frequentemente nei pazienti con esiti di patologia vertebrale, dolore post-chirurgico persistente, patologie muscoloscheletriche complesse, neuropatie periferiche o centrali e dolore cronico viscerale. Si tratta spesso di quadri clinici caratterizzati da lunga durata, elevata complessità terapeutica e significativo impatto sulle attività quotidiane del paziente.

La collaborazione tra specialisti e terapia del dolore permette di integrare differenti competenze cliniche e di costruire percorsi terapeutici personalizzati, che possono comprendere trattamenti farmacologici avanzati, procedure infiltrative, approcci riabilitativi, tecniche di neuromodulazione e supporto psicologico, con l'obiettivo di migliorare il controllo del dolore, il recupero funzionale e la qualità della vita della persona assistita.

8.1.3. Accesso da setting ospedaliero (ricovero o pronto soccorso)

Il PDTA prevede inoltre la possibilità di accesso all'ambulatorio di terapia del dolore da setting ospedaliero, sia in regime di ricovero sia tramite pronto soccorso. Tale modalità risulta particolarmente importante nei pazienti che presentano riacutizzazioni di dolore cronico complesso,

necessità di impostazione terapeutica precoce o rischio di evoluzione verso forme persistenti e disabling.

Il dolore cronico può infatti manifestarsi con episodi di acutizzazione severa che determinano accessi ripetuti ai servizi di emergenza-urgenza, spesso associati a marcata compromissione funzionale e sofferenza psicologica. In questi casi, la sola gestione dell'episodio acuto rischia di risultare insufficiente se non accompagnata da un successivo percorso di presa in carico specialistica.

L'ambulatorio di terapia del dolore assume quindi un ruolo strategico di continuità assistenziale tra la fase acuta ospedaliera e la successiva gestione territoriale del paziente. Attraverso la rivalutazione specialistica e la definizione di un piano terapeutico strutturato, è possibile ridurre il rischio di nuove riacutizzazioni, limitare accessi impropri al pronto soccorso, prevenire ospedalizzazioni ripetute e favorire un migliore controllo clinico del dolore persistente.

Questo modello organizzativo risulta particolarmente rilevante nei pazienti fragili o complessi, nei quali il dolore cronico si associa frequentemente a politerapia, comorbidità multiple e significativo rischio di disabilità.

8.1.4. Accesso per follow-up

Il PDTA sottolinea infine l'importanza dell'accesso per follow-up nei pazienti già presi in carico presso l'ambulatorio di terapia del dolore. Il dolore cronico rappresenta infatti una condizione dinamica e in continua evoluzione, che richiede rivalutazioni periodiche dell'efficacia terapeutica, della tollerabilità dei trattamenti e del recupero funzionale del paziente.

L'attività di follow-up consente di monitorare l'andamento clinico nel tempo, verificare la risposta ai trattamenti impostati ed eventualmente modificare il programma terapeutico sulla base dell'evoluzione della sintomatologia dolorosa e dei bisogni assistenziali della persona.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai pazienti sottoposti a terapie complesse, inclusi coloro che assumono oppioidi. In tali situazioni, il monitoraggio periodico risulta fondamentale per valutare il

rapporto tra benefici clinici ed effetti collaterali, prevenire problematiche correlate all'uso protratto dei farmaci e verificare il mantenimento degli obiettivi terapeutici, non limitati alla sola riduzione dell'intensità del dolore ma estesi anche al miglioramento della qualità della vita, del funzionamento fisico, dell'autonomia e della partecipazione sociale del paziente.

Un follow-up strutturato e continuativo rappresenta pertanto un elemento essenziale della presa in carico multidisciplinare del dolore cronico non oncologico, garantendo continuità assistenziale, appropriatezza terapeutica e adattamento dinamico del percorso di cura alle caratteristiche cliniche ed evolutive della persona assistita.

8.2. CRITERI DI PRIORITÀ

L'accesso deve essere modulato secondo criteri di priorità clinica, al fine di garantire tempestività nei casi più urgenti e appropriatezza nei tempi di presa in carico.

In linea generale, possono essere individuati tre livelli:

- **Priorità elevata (breve termine):**
 - dolore severo ($\text{NRS} \geq 7$);
 - sospetto dolore neuropatico severo;
 - impatto funzionale marcato;
 - rischio di cronicizzazione.
- **Priorità intermedia:**
 - dolore persistente non adeguatamente controllato;
 - fallimento delle terapie di primo livello;
 - necessità di rivalutazione specialistica.
- **Priorità programmata:**
 - dolore cronico stabile ma non ottimizzato;
 - follow-up e monitoraggio;
 - rivalutazione terapeutica.

La definizione della priorità deve essere indicata nella richiesta e rivalutata in sede di triage ambulatoriale. Il quesito clinico deve essere esplicitato nella richiesta, così da facilitare l'appropriatezza dell'accesso e la corretta allocazione del paziente nel percorso.

9. VALUTAZIONE INIZIALE IN AMBULATORIO (TERAPIA DEL DOLORE)

La prima visita algologica rappresenta il momento centrale del percorso, in cui si definisce l'inquadramento diagnostico e il piano terapeutico.

Essa comprende:

- **anamnesi dettagliata**, con particolare attenzione a:
 1. durata, sede e caratteristiche del dolore;
 2. insorgenza ed evoluzione temporale;
 3. fattori scatenanti e allevianti;
 4. trattamenti già effettuati;
 5. comorbidità e terapia in atto;
 6. eventuali terapie inefficaci o mal tollerate;
- **valutazione dell'intensità del dolore**, mediante scale validate, quali NRS e, quando opportuno, VAS;
- **valutazione qualitativa e fisiopatologica**, per distinguere componenti nocicettive, neuropatiche o miste, anche mediante strumenti come DN4 se clinicamente indicato;
- **distribuzione e mappa del dolore**, utili per orientare la diagnosi;
- **valutazione dell'impatto funzionale e della qualità di vita**, inclusi sonno, attività quotidiane, autonomia, stato emotivo e disabilità;
- **screening dei fattori psicosociali** che possono influenzare il dolore, la cronicizzazione e l'aderenza terapeutica;
- **esame obiettivo mirato**;
- **revisione della documentazione clinica e degli esami disponibili**.

Questa valutazione consente di superare un approccio puramente sintomatico e di impostare un trattamento mirato al meccanismo del dolore, principio fondamentale nella medicina del dolore

moderna.

10. FOLLOW-UP E MONITORAGGIO

Il follow-up rappresenta una fase essenziale del percorso e deve essere programmato fin dalla prima visita.

Gli obiettivi del monitoraggio sono:

- valutare l'efficacia del trattamento;
- monitorare effetti collaterali e sicurezza;
- verificare il recupero funzionale;
- ridefinire il piano terapeutico in caso di necessità;
- verificare aderenza, appropriatezza e sostenibilità del piano di cura.

Le tempistiche del follow-up devono essere adattate al quadro clinico:

- più ravvicinate nelle fasi iniziali o nei pazienti complessi;
- più dilazionate nei pazienti stabilizzati.

È possibile prevedere, ove appropriato, modalità di follow-up anche tramite televisita, in particolare nelle fasi di monitoraggio terapeutico.

Nei pazienti in terapia farmacologica complessa, in particolare con oppioidi, il monitoraggio deve essere strutturato e continuo, includendo la valutazione del rischio di abuso, della tollerabilità e dell'aderenza terapeutica.

11. INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Elemento fondamentale del PDTA è la continuità assistenziale tra i diversi attori coinvolti nel percorso del paziente.

Al termine della valutazione specialistica, deve essere sempre prevista una restituzione chiara e strutturata al medico inviante, contenente:

- inquadramento diagnostico;

- piano terapeutico;
- indicazioni di follow-up;
- eventuali criteri di rivalutazione;
- indicazioni per il monitoraggio condiviso.

Il medico di medicina generale mantiene un ruolo centrale nel monitoraggio a lungo termine, nella gestione della terapia e nella identificazione di eventuali nuove necessità di invio specialistico.

Questa integrazione consente di:

- evitare duplicazioni di prestazioni;
- garantire continuità nelle decisioni cliniche;
- migliorare l'aderenza terapeutica;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

L'integrazione con i servizi territoriali deve essere favorita anche attraverso gli strumenti disponibili per la continuità assistenziale, la condivisione documentale e il raccordo organizzativo. In tale ottica, il Fascicolo Sanitario Elettronico costituisce uno strumento rilevante per raccogliere e rendere disponibili in forma strutturata le informazioni cliniche necessarie alla presa in carico, mentre la telemedicina può facilitare il follow-up e il confronto specialistico.

12. INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO

Al fine di garantire il monitoraggio e il miglioramento continuo del PDTA, è opportuno individuare alcuni indicatori.

12.1. Indicatori di processo

- tempo medio di attesa per la prima visita;
- appropriatezza degli invii;
- percentuale di pazienti con valutazione completa, comprensiva di intensità del dolore, tipologia del dolore e impatto funzionale;
- numero di follow-up programmati ed effettuati;

- percentuale di pazienti con piano terapeutico formalizzato;
- utilizzo appropriato delle agende dedicate e dei codici CUR;
- percentuale di pazienti con restituzione strutturata al curante.

12.2. Indicatori di esito

- riduzione dell'intensità del dolore;
- miglioramento della funzione;
- miglioramento della qualità di vita;
- riduzione dell'utilizzo improprio di risorse sanitarie;
- aderenza terapeutica;
- soddisfazione del paziente;
- continuità del follow-up;
- eventuale riduzione dell'utilizzo inappropriato di oppioidi.

13. CODICI CUR DELLE PRESTAZIONI

Nell'ambito del presente PDTA, le prestazioni ambulatoriali di terapia del dolore e le prestazioni ambulatoriali di Cure Palliative sono codificate secondo i seguenti codici CUR:

- **89.7A.1_3 — Prima visita algologica**
- **89.01.1_2 — Visita anestesiológica di controllo**
- **89.01.1_3 — Visita algologica di controllo**

L'utilizzo appropriato dei codici consente:

- tracciabilità delle attività;
- uniformità nella registrazione delle prestazioni;
- monitoraggio dei volumi e degli esiti;
- integrazione con i sistemi informativi aziendali e regionali.

14. STRUMENTI DI SUPPORTO DEL PERCORSO

A supporto dell'attuazione del presente PDTA, l'ambulatorio di terapia del dolore e l'ambulatorio di Cure Palliative si avvalgono di strumenti clinici e organizzativi finalizzati a garantire qualità, continuità e appropriatezza del percorso.

Tra questi assumono particolare rilevanza:

- scale validate per la misurazione del dolore e dell'impatto funzionale;
- documentazione clinica standardizzata per la prima visita e i controlli;
- sistemi di prenotazione su agende dedicate;
- condivisione documentale tramite Fascicolo Sanitario Elettronico;
- strumenti di televisita per specifiche fasi di follow-up;
- documenti di educazione terapeutica e informazione del paziente;
- sistemi aziendali di raccolta indicatori e monitoraggio.

L'uso strutturato di tali strumenti è essenziale per rendere il percorso realmente omogeneo, tracciabile e monitorabile.

15. MIGLIORAMENTO CONTINUO, FORMAZIONE E INFORMAZIONE

Il PDTA deve essere inserito in una logica di miglioramento continuo, attraverso audit periodici, revisione delle criticità emerse, aggiornamento professionale e verifica dell'aderenza organizzativa.

In tale prospettiva, l'azienda deve favorire:

- programmi periodici di audit e feedback;
- momenti formativi interdisciplinari sul campo;
- aggiornamento continuo sulle linee guida e sulla normativa;
- diffusione interna del percorso e delle sue modalità operative;
- strumenti informativi rivolti ai pazienti e ai professionisti invianti.

La chiarezza del linguaggio, l'ascolto attivo e una comunicazione coerente con il progetto di cura devono essere considerati parte integrante dell'assistenza, in quanto favoriscono aderenza terapeutica, riducono incomprensioni e contribuiscono a una più efficace gestione del dolore.

16. CONCLUSIONI

Il PDTA della Terapia del dolore cronico non oncologico rappresenta uno strumento operativo fondamentale per garantire un accesso appropriato, tempestivo e uniforme ai servizi di terapia del dolore non oncologico.

La sua implementazione consente di strutturare un **modello assistenziale che pone al centro la persona**, considerando non soltanto l'intensità del sintomo, ma anche il suo impatto sulla funzionalità, sulla qualità della vita e sul benessere complessivo.

Attraverso la definizione chiara di criteri di accesso, modalità di presa in carico, percorsi terapeutici multimodali e strumenti di monitoraggio, il PDTA promuove un approccio integrato e coordinato, in cui ogni professionista coinvolto contribuisce in maniera consapevole alla continuità e alla qualità dell'assistenza.

L'adozione di questo percorso operativo consente di ridurre la frammentazione dei percorsi di cura e di migliorare l'appropriatezza clinica, assicurando che le scelte terapeutiche siano sempre coerenti con le evidenze scientifiche disponibili e con le specifiche esigenze del paziente. Al contempo, favorisce una comunicazione chiara e strutturata tra i diversi livelli assistenziali, rafforzando la continuità tra ospedale e territorio e garantendo che le informazioni cliniche, i piani terapeutici e le indicazioni di follow-up siano accessibili e condivise tra tutti i professionisti coinvolti.

In tal modo, il PDTA risponde in maniera efficace a un bisogno di salute ad elevato impatto individuale e sociale, con particolare attenzione al miglioramento della funzionalità, alla riduzione del dolore e alla promozione del benessere psicofisico del paziente.

Il documento è concepito come uno strumento dinamico e in continua evoluzione, che richiede periodiche revisioni e aggiornamenti alla luce delle nuove evidenze scientifiche, delle indicazioni regionali e dell'esperienza maturata nella pratica clinica. Tale approccio garantisce che il PDTA rimanga sempre coerente con i più elevati standard di qualità, sicurezza ed efficacia, consentendo di adattare i percorsi assistenziali ai cambiamenti dei bisogni della popolazione e alle risorse disponibili.

In questo senso, il PDTA della Terapia del dolore nell'ASL di Latina non rappresenta solo un insieme di regole operative, ma uno strumento di governance clinica, capace di orientare le decisioni, supportare il lavoro dei professionisti e migliorare l'esperienza complessiva del paziente lungo tutto il percorso di cura.

17. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010
- Accordo Stato-Regioni del 24 maggio 2001 “Ospedale senza dolore”
- Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) “Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell’ambito della rete delle cure palliative e della terapia del dolore”
- Intesa Stato-Regioni 25 luglio 2012 Requisiti minimi e modalità organizzative della rete di terapia del dolore
- Decreto Ministeriale 23 aprile 2012 “Definizione delle modalità per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nel rispetto della dignità e dell’autonomia della persona umana”
- Decreto Ministeriale 4 aprile 2012 “Approvazione del documento relativo alle linee guida per la realizzazione della rete delle cure palliative e della terapia del dolore pediatriche”
- Decreto Ministeriale 10 aprile 2015 “Linee guida per la sicurezza e l’impiego appropriato delle terapie a base di oppioidi nella terapia del dolore” Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 (DM 70/2015) “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 (DM 77/2022) “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”
- Piano Nazionale della Cronicità – Accordo Stato-Regioni 15 settembre 2016
- Patto per la Salute 2019-2021
- Legge 23 dicembre 2021, n. 234 Misure per il finanziamento e il potenziamento delle cure palliative e della terapia del dolore
- Delibera n.583 del 23.05.2025 “Rete Locale Cure Palliative ASL Latina: integrazione Nodo di Rete e adozione documenti, procedure e protocolli applicativi”

18. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI

- Regione Emilia-Romagna. Determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare 27 luglio 2021, n. 14184. “Indicazioni agli enti del Servizio Sanitario Regionale in ordine al trattamento del dolore cronico”.
- Linee guida SIAARTI. “Linee guida sul buon uso dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore cronico non oncologico dell’adulto”. Sistema Nazionale Linee Guida, 2024.
- IASP – International Association for the Study of Pain. Classificazione del dolore cronico nell’ICD-11.
- WHO – World Health Organization. Definizioni e inquadramento del dolore cronico

19. FLOW CHART PDTA TERAP IA DEL DOLORE

