



PDTA	ASL LATINA UOC RISCHIO CLINICO, MEDICINA LEGALE E QUALITA'	VERS. 1 10/09/2026	Pag. 1 di 45
-------------	---	-------------------------------------	-------------------------------

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO AZIENDALE (PDTA) INERENTE AL DOLORE CRONICO ONCOLOGICO

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
Data 10/09/2026	Dirigente Medico Referente servizio "Terapia del dolore acuto e cronico" DEA II <i>Dr. L. GENTILI</i> f.to Dirigente Medico Referente del coordinamento Aziendale Cure Palliative <i>Dr.ssa A. MASSICCI</i> f.to Dirigente Medico UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dr. E. PILIA</i>	Direttore UOC Anestesia e Rianimazione DEA I Coordinatore Aziendale per la medicina e terapia del dolore Dott. C.Iavarone F.to Dirigente Medico Coordinatore Area Funzionale Interdipartimentale Rete Oncologica Dott.F.Ricci F.to Dirigente Medico Referente Organizzativo Rete Oncologica Aziendale Dott.M.Dorkin F.to Direttore UOC Anestesia e Rianimazione DEA II Dott.F.Nania F.to F.O. Qualità e Risk Management <i>Dr. R. MASIERO</i>	Direttrice Dipartimento STAFF <i>Dott. A. LOMBARDI</i> Direttrice e Sostituta UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dr.ssa A. RIZZO</i>	2 Anni
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	7
4.	FINALITÀ DEL DOCUMENTO	9
5.	PRINCIPI ISPIRATORI DEL PERCORSO.....	9
6.	DEFINIZIONI OPERATIVE	12
7.	CRITERI ACCESSO ALL'AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE	13
7.1.	MODALITA' DI ACCESSO ALL'AMBULATORIO DI CURE PALLIATIVE.....	13
7.1.1.	ACCESSO TRAMITE MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG).....	14
7.1.2.	ACCESSO DA SPECIALISTICA OSPEDALIERA O AMBULATORIALE	14
7.1.3.	ACCESSO DA SETTING OSPEDALIERO (RICOVERO O PRONTO SOCCORSO)	15
7.1.4.	ACCESSO PER FOLLOW-UP	15
7.2.	CRITERI DI PRIORITÀ	16
8.	AMBULATORIO DI CURE PALLIATIVE	16
8.1.	VALUTAZIONE INIZIALE IN AMBULATORIO (TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE)	18
9.	CONSULENZE DI CURE PALLIATIVE INTRAOSPEDALIERE	19
10.	HOSPICE	20
10.1.	SEDAZIONE PALLIATIVA	21
11.	STRUTTURA DEL PERCORSO TERAPEUTICO.....	22
11.1.	TRATTAMENTO DI PRIMO LIVELLO.....	24
11.2.	TRATTAMENTO DI SECONDO LIVELLO (SPECIALISTICO AMBULATORIALE).....	26

11.3.	APPROCCIO MULTIMODALE	29
11.4.	GESTIONE DEL "BREAKTHROUGH PAIN" (BTP)	32
11.5.	STRATIFICAZIONE PER INTENSITÀ E COMPLESSITÀ.....	32
12.	FOLLOW-UP E MONITORAGGIO	32
13.	INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE....	33
14.	INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO	34
14.1.	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER LA PRIMA VISITA.....	34
14.2.	APPROPRIATEZZA DEGLI INVII	34
14.3.	PERCENTUALE DI PAZIENTI CON VALUTAZIONE COMPLETA	35
14.4.	NUMERO DI FOLLOW-UP PROGRAMMATI ED EFFETTUATI	36
14.5.	PERCENTUALE DI PAZIENTI CON PIANO TERAPEUTICO FORMALIZZATO 37	
14.6.	UTILIZZO APPROPRIATO DELLE AGENDE DEDICATE E DEI CODICI CUR 37	
14.7.	PERCENTUALE DI PAZIENTI CON RESTITUZIONE STRUTTURATA AL CURANTE.....	38
14.8.	INDICATORI DI ESITO	39
15.	CODICI CUR DELLE PRESTAZIONI	39
16.	STRUMENTI DI SUPPORTO DEL PERCORSO	40
17.	MIGLIORAMENTO CONTINUO, FORMAZIONE E INFORMAZIONE	40
18.	CONCLUSIONI	41
19.	RIFERIMENTI NORMATIVI	42
20.	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI	43
21.	FLOW CHART PDTA TERAP IA DEL DOLORE	44

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 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 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 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 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 dolore oncologico è inevitabilmente correlato al cancro e può essere causato dalla presenza stessa del tumore o dalle sue cure, come la chemioterapia o le radiazioni, e può generare diverse sensazioni, variabili in durata e intensità a seconda del tipo di tumore e del suo stadio di sviluppo. Può essere acuto (transitorio, legato a traumi o trattamenti) o cronico (persistente >12 ore, da progressione tumorale o danni nervosi), sono entrambi responsabili di sofferenza non solo fisica ma che coinvolge altri ambiti (spirituale, sociale, ect...) all'interno di un dolore definito "totale".

Dolore Oncologico Cronico

- **Caratteristiche:** Persistente (presente per più di 12 ore al giorno). È causato dalla compressione dei nervi, infiltrazione tumorale nei tessuti o effetti cronici dei trattamenti.
- **Durata:** Lunga durata, spesso legato a malattie avanzate.
- **Tipologie:** Può essere nocicettivo (danno ai tessuti), neuropatico (danno ai nervi) o misto.

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.

Le cure palliative sono l'insieme di interventi medici, psicologici e assistenziali volti a migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da malattie inguaribili, croniche o in fase avanzata. L'obiettivo non è la guarigione, ma il sollievo dalla sofferenza fisica, psichica e spirituale.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si tratta di un approccio multidimensionale che considera il paziente e la sua famiglia come un'unica unità da assistere. Si basano, quindi su un approccio olistico, oltre ai sintomi fisici, trattano il disagio psicologico, sociale e spirituale.

In Italia, la Legge 38/2010 tutela il diritto di accesso alle reti di cure palliative e terapia del dolore, per malati con patologie croniche evolutive, tutelandone dignità e autonomia. Sancisce il diritto a non soffrire inutilmente, strutturando reti assistenziali dedicate (Cure Palliative, Terapia del dolore, Reti pediatriche) e obbligando la rilevazione del dolore in cartella clinica oltreché semplificando l'accesso ai farmaci oppiacei. Le Reti Locali di cure palliative (RLCP) rappresentano strumenti fondamentali per garantire l'accesso a cure palliative di qualità attraverso meccanismi di governance e forme di integrazione tra i soggetti coinvolti nel percorso di cura. L'erogazione delle cure palliative e della terapia del dolore avviene in diversi ambiti all'interno della Rete Locale di Cure Palliative:

- Ambulatorio di CP
- Consulenze di CP intraospedaliere
- Hospice

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.

All'interno del "Piano di potenziamento delle cure palliative adulto e pediatriche del 2026" della Regione Lazio (Delibera n.124 del 12 Marzo 2026), si sottolinea tra gli obiettivi da raggiungere:

- rafforzare e rendere pienamente funzionali le RLCP (Reti Locali delle Cure Palliative), assicurando l'integrazione tra setting domiciliari, ospedalieri, Hospice e strutture residenziali,
- migliorare la tempestività della presa in carico e la continuità assistenziale nei diversi setting di cura
- garantire l'appropriatezza dei percorsi assistenziali e la presa in carico multiprofessionale del paziente e della famiglia.

Nell'ottica di garantire l'accesso del paziente e della famiglia, alle cure palliative e alla terapia del dolore, riconoscendo i bisogni assistenziali emergenti mediante un approccio integrato che ottimizzi la qualità della vita.

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 cure palliative e 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 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 oncologico che necessitino di valutazione specialistica algologica nell'ambito dell'attività ambulatoriale ospedaliera.

5. PRINCIPI ISPIRATORI DEL PERCORSO

Il PDTA della terapia del dolore 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.

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 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.

Dolore oncologico

Dolore legato al cancro, può essere causato dalla presenza stessa del tumore o dalle sue cure, come la chemioterapia o le radiazioni, e può generare diverse sensazioni, variabili in durata e intensità a seconda del tipo di tumore e del suo stadio di sviluppo.

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. CRITERI ACCESSO ALL'AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE

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

L'ambulatorio di cure palliative 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 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.

7.1. MODALITA' DI ACCESSO ALL'AMBULATORIO DI CURE PALLIATIVE

L'accesso all'ambulatorio di cure palliative deve avvenire secondo criteri di appropriatezza clinica,

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

al fine di garantire un utilizzo corretto delle risorse specialistiche e una risposta adeguata ai bisogni del paziente.

Il paziente può essere riconosciuto e avviato al percorso dal medico di medicina generale, dallo specialista (ospedaliero o ambulatoriale) o dal medico del pronto soccorso; la prenotazione della visita, quando appropriato, dovrebbe essere attivata in modalità proattiva da parte dei professionisti coinvolti.

Le principali modalità di accesso sono le seguenti.

7.1.1. Accesso tramite medico di medicina generale (MMG)

Rappresenta la modalità più frequente e appropriata. Il MMG svolge un ruolo fondamentale di:

- primo inquadramento clinico;
- impostazione dei trattamenti iniziali;
- identificazione dei pazienti che necessitano di valutazione specialistica;
- collaborazione al monitoraggio terapeutico e alla continuità assistenziale;
- eventuale riconciliazione terapeutica;
- screening iniziale dei fattori psicosociali che influenzano il dolore.

L'invio allo specialista è indicato in presenza di:

- dolore persistente non controllato;
- fallimento delle terapie di primo livello;
- necessità di approfondimento diagnostico specialistico;
- complessità clinica o politerapia;
- impatto funzionale rilevante;
- rischio di cronicizzazione.

7.1.2. Accesso da specialistica ospedaliera o ambulatoriale

La terapia del dolore oncologico in Cure Palliative è l'insieme di interventi farmacologici, correttivi e assistenziali volti a controllare il dolore causato dalla patologia tumorale o dai trattamenti ad essa correlati (chirurgia, radioterapia, chemioterapia) o dolore che in sorge in pazienti con patologie

croniche degenerative non oncologiche, ma in egual modo bisognosi di Cure Palliative. L'obiettivo non è solo la soppressione del sintomo, ma il miglioramento della qualità della vita e il mantenimento dell'autonomia del paziente. È rivolta a tutti i pazienti affetti da patologia neoplastica e/o cronico degenerativa end stage che esperiscono dolore in qualsiasi fase della malattia:

- Pazienti in fase attiva di cura (simultaneous care) (oncologici)
- Pazienti in fase avanzata o terminale di malattia (oncologici e non oncologici)

La segnalazione avviene tramite l'invio in forma cartacea o da piattaforma regionale alla Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A) del Modulo Unico di Presa in Carico (scaricabile dal sito Aziendale o dal WEB) debitamente compilato in ogni sua parte e recante firma e timbro del Medico richiedente.

La richiesta verrà esaminata dalla Unità Valutativa di Cure Palliative della UOSD Terapia del dolore e cure palliative aziendale, che ha il compito di esaminare le richieste di presa in carico ed esprimere o meno parere di idoneità: il paziente ritenuto idoneo verrà quindi inserito in lista di attesa (residenziale o domiciliare). La lista di attesa è gestita, dalla ASL di Latina, tenendo conto non solo del criterio cronologico di arrivo della domanda ma anche delle notizie cliniche e sociali che concorrono a determinare o meno l'urgenza della richiesta

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

È previsto per pazienti con:

- riacutizzazione di dolore cronico oncologico complesso;
- necessità di valutazione specialistica precoce per impostazione terapeutica;
- rischio di evoluzione verso dolore persistente o disabilitante.

In questi casi l'ambulatorio può rappresentare un punto di continuità assistenziale dopo la fase acuta.

7.1.4. Accesso per follow-up

I pazienti già valutati possono accedere per controlli programmati, rivalutazione terapeutica o monitoraggio dell'efficacia e della tollerabilità dei trattamenti.

Un follow-up strutturato è particolarmente importante nei pazienti in terapia complessa, inclusi quelli in trattamento con oppioidi, nei quali è necessario un monitoraggio periodico di efficacia, effetti collaterali e recupero funzionale.

7.2. 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 oncologico 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.

8. AMBULATORIO DI CURE PALLIATIVE

L'assistenza ambulatoriale di cure palliative è rivolta a pazienti con patologie evolutive e prognosi infausta, ma ancora sufficientemente autonomi da poter accedere alla struttura e poter far rientro al

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

proprio domicilio; tale ambulatorio consente l'attivazione precoce dell'approccio palliativo, garantisce continuità assistenziale e favorisce la pianificazione anticipata delle cure, riducendo frammentazione e senso di abbandono nel passaggio delle cure attive a quelle palliative.

La presa in carico ambulatoriale è necessaria a garantire la migliore qualità di vita possibile, tenendo sotto controllo i sintomi della malattia (compreso il dolore) e monitorandone la progressione. **L'ambulatorio di Cure Palliative è un nodo importante della Rete Locale di Cure Palliative per intercettare e capire i bisogni della persona ammalata e dei care-givers, l'obiettivo è quello di poter individuare precocemente e condividere nuovi e/o ulteriori percorsi di cura.**

I bisogni del malato possono poi essere valutati in maniera multiprofessionale ed interdisciplinare ed essere affrontati modulando le attività assistenziali, rendendole più adeguate e proporzionate alle esigenze del momento. I pazienti che accedono all'Ambulatorio delle Cure Palliative possono continuare ad essere seguiti dagli ambulatori specialistici ed ovviamente dal proprio Medico di Medicina Generale e possono continuare ad essere sottoposti a trattamenti attivi quando necessari (Simultaneous Care).

Le attività della presa in carico ambulatoriale di cure palliative prevedono:

- Prime visite ambulatoriali per valutazione clinica, identificazione dei bisogni della persona malata ed impostazione del trattamento di supporto e/o palliativo con stesura del PAI;
- Visite di follow-up allo scopo di garantire la continuità assistenziale e le eventuali modifiche terapeutiche alla luce delle possibili evoluzioni del quadro clinico del paziente con conferma e/o modifica del PAI;
- Controlli programmati di continuità assistenziale e di valutazione per eventuale necessità di modifica del setting assistenziale (passaggio a assistenza domiciliare o in regime residenziale) in base alle possibili evoluzioni del quadro clinico del paziente. I pazienti possono accedere a tale servizio, mediante impegnativa redatta dal proprio MMG e/o dallo Specialista compilata così come segue: prima visita Cure Palliative (89.7A2), prima visita multidisciplinare per cure palliative (89.07.A_0), se si tratta di visite successive: visita di controllo Cure Palliative (89.01.R2). Successivamente si può prenotare la visita tramite CUP Regionale.

Durante i controlli programmati, come descritto sopra, se le condizioni e/o i bisogni del paziente dovessero cambiare, il Medico Palliativista aziendale, può proporre l'attivazione delle Cure Palliative Specialistiche tramite la compilazione del modulo unico regionale (RCP allegata), da inviare alla COT-A; oppure proporre l'attivazione di altri servizi territoriali, quali attivazione dell'ADI; segnalando il paziente al proprio MMG e condividendo con lo stesso le scelte terapeutiche e di setting assistenziali.

Attualmente gli ambulatori attivi sul territorio della ASL di Latina sono i seguenti:

- Lunedì presso Ospedale A.Fiorini (Terracina) Orari: 09.00-13.00
- Martedì presso Poliambulatori Distretto 2 (Latina) Orari: 09.13.00
- Mercoledì presso Casa della Salute Oncologia Territoriale (Aprilia) Orari: 13.30-16.30
- Venerdì presso Ospedale Don L. Di Liegro (Gaeta) Orari: 09.00-13.00
- Mercoledì presso poliambulatori Distretto 3 (Casa della Salute – Sezze) orari: 09.00-13.00.

Gli orari sono disponibili sul sito aziendale, sulla carta dei servizi nella sezione dedicata alla UOSD Terapia del Dolore e Cure Palliative e vengono aggiornati tempestivamente qualora vi siano delle modifiche per l'accesso ai suddetti servizi in modo da darne la massima diffusione ai cittadini.

8.1. VALUTAZIONE INIZIALE IN AMBULATORIO (TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE)

La prima visita algologica rappresenta il momento centrale del percorso, in cui si definisce l'inquadramento diagnostico e il piano terapeutico, questo vale sia per l'ambulatorio di terapia del dolore che per l'ambulatorio di cure palliative.

Essa comprende:

1. anamnesi dettagliata, con particolare attenzione a:
 - durata, sede e caratteristiche del dolore;
 - insorgenza ed evoluzione temporale;

- fattori scatenanti e allevianti;
 - trattamenti già effettuati;
 - comorbidità e terapia in atto;
 - eventuali terapie inefficaci o mal tollerate;
2. valutazione dell'intensità del dolore, mediante scale validate, quali NRS e, quando opportuno, VAS;
 3. valutazione qualitativa e fisiopatologica, per distinguere componenti nocicettive, neuropatiche o miste, anche mediante strumenti come DN4 se clinicamente indicato;
 4. distribuzione e mappa del dolore, utili per orientare la diagnosi;
 5. valutazione dell'impatto funzionale e della qualità di vita, inclusi sonno, attività quotidiane, autonomia, stato emotivo e disabilità;
 6. screening dei fattori psicosociali che possono influenzare il dolore, la cronicizzazione e l'aderenza terapeutica;
 7. esame obiettivo mirato;
 8. 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.

9. CONSULENZE DI CURE PALLIATIVE INTRAOSPEDALIERE

Le cure palliative in ospedale sono caratterizzate da:

- consulenza di cure palliative (attualmente presenti presso Osp. S.M. Goretti -Latina, Osp. Dono svizzero – Formia, Osp. San Giovanni di Dio - Fondi);
- presenza del palliativista nei percorsi di patologia d'organo (PDTA)

La Consulenza Palliativa, richiesta dallo specialista di riferimento, viene espletata dal medico specialista in Medicina e Cure Palliative e fornisce un supporto ai malati e alle loro famiglie. Inoltre, nel corso della consulenza, insieme allo specialista richiedente, la famiglia ed il paziente, l'UVM (l'unità valutativa multidisciplinare) della UOSD Terapia del dolore e Cure Palliative, valuta l'appropriatezza della richiesta e individua il setting assistenziale più adatto per il paziente in esame.

L'Ospedale garantisce specifici percorsi di cura al fine di assicurare l'erogazione, anche attraverso l'ospedalizzazione, di prestazioni terapeutiche di particolare complessità non eseguibili né a domicilio, né in ambulatorio, né in Hospice (posizionamento accessi venosi, terapia del dolore, visita specialistica, etc.). Le richieste vengono effettuate dal Medico Palliativista in accordo con lo specialista di riferimento, nel caso in cui il paziente sia stato inserito nel setting di CP degli Hospice. Per garantire la continuità assistenziale, l'Unità Operativa ospedaliera utilizzerà gli strumenti specifici per la presa in carico da parte della RLCP. Nella gestione delle consulenze di CP all'interno degli Ospedali aziendali, la RLCP e la UOSD di terapia del dolore e Cure Palliative fanno riferimento alla Determinazione della regione Lazio 11 Novembre 2025, n. G14930 "Le cure Palliative in Ospedale: inquadramento strategico e modelli di integrazione nella Regione Lazio".

10. HOSPICE

Le Cure Palliative Specialistiche nella RLCP sono fornite dai cinque Hospice privati accreditati che dispongono di 204 posti letto domiciliari e 54 posti letto residenziali distribuiti su tutto il territorio della Provincia di Latina.

Agli Hospice presenti sul territorio di Latina, vengono affidati, secondo le convenzioni regionali e le normative vigenti, in particolare della delibera aziendale n 288 CS 18/05/2017, il nodo dell'assistenza in Hospice ed il nodo delle Unità di Cure Palliative Domiciliari Specialistiche (per la gestione degli Hospice la RLCP fa riferimento alla Delibera aziendale n.193 del 15 Febbraio 2024 "Approvazione Linee Guida per la verifica di congruità ed appropriatezza delle prestazioni di assistenza in Hospice").

L'assistenza domiciliare è erogata presso il domicilio del paziente e consente alla famiglia, opportunamente guidata e sostenuta dall'equipe multidisciplinare, di prendersi cura del malato, dei suoi bisogni e di gestire tutti i sintomi anche quelli più complessi come il dolore.

Nell'ambito della continuità assistenziale, in accordo con il paziente, è possibile effettuare un ricovero in Hospice Residenziale per offrire sollievo alla famiglia. Il ricovero in Hospice Residenziale può avvenire anche nel caso in cui non vi siano più le condizioni di sostegno da parte del nucleo familiare. L'equipe multiprofessionale è così composta:

- Medico Palliativista: si prende cura della persona malata con particolare attenzione al controllo del dolore e dei sintomi. Si relaziona con la famiglia e si rende disponibile a colloqui volti a condividere il percorso di cure;
- Infermiere: accudisce il paziente, effettua terapie e medicazioni prescritte dal medico palliativista, effettua educazione sanitaria al care-giver;
- Psicologo: offre sostegno al sistema malato-famiglia sia durante il percorso assistenziale che successivamente nella fase dell'elaborazione del lutto (dietro segnalazione degli operatori o attraverso contatto diretto del familiare), offre supporto agli operatori nell'analisi dei casi clinici;
- Fisioterapista: agisce in riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni mediche, elaborando ed attuando autonomamente interventi terapeutici specifici; partecipa in equipe, alla definizione di programmi di recupero; propone l'adozione di eventuali presidi ed ausili e ne verifica l'efficacia. OSS: collabora con l'infermiere nelle attività di assistenza alla persona;
- Assistente sociale: collabora con l'equipe nelle situazioni di fragilità del sistema paziente-famiglia; attiva le risorse territoriali opportune per fornire adeguate risposte ai bisogni sociali del paziente e della famiglia;
- Volontari: i volontari offrono gratuitamente momento di ascolto e di sollievo all'interno di un contesto informale ed amicale sia a pazienti che ai familiari.

Ogni componente dell'equipe contribuisce ad andare incontro al disagio del paziente e della famiglia e a soddisfare bisogni che come non mai in questa fase della malattia sono emergenti. La terapia del dolore viene erogata sia per i pazienti assistiti a domicilio che per quelli in residenziale.

10.1. Sedazione Palliativa

In casi estremi, quando il dolore è refrattario (cioè non risponde a nessun trattamento) e la sofferenza è insopportabile, si ricorre alla sedazione palliativa: la riduzione intenzionale della coscienza per

evitare che il paziente percepisca il dolore nelle fasi finali della vita. Si tratta di una procedura che può, evidentemente, essere eseguita in *Hospice* o a domicilio da equipe specialistica di Cure Palliative. La terapia del dolore nel setting di cure palliative non è una scelta opzionale, ma un atto etico e clinico prioritario. Una corretta gestione del dolore permette al paziente di affrontare con maggior forza i percorsi terapeutici e garantisce dignità alla persona in ogni fase della malattia.

11. STRUTTURA DEL PERCORSO TERAPEUTICO

Il trattamento del dolore oncologico rappresenta uno degli aspetti fondamentali della presa in carico del paziente affetto da neoplasia e costituisce un elemento centrale delle cure palliative e della terapia del dolore. Il dolore oncologico, infatti, non influisce soltanto sulla sfera fisica della persona, ma compromette profondamente anche gli aspetti psicologici, relazionali, sociali e funzionali, determinando una significativa riduzione della qualità della vita.

La gestione del dolore oncologico richiede pertanto un approccio globale, multidisciplinare e personalizzato, finalizzato non solo alla riduzione dell'intensità del sintomo, ma anche al mantenimento dell'autonomia, della dignità e del benessere complessivo del paziente. L'approccio terapeutico deve essere modulato sulla base della tipologia del dolore, della fase della malattia, delle condizioni cliniche generali e dei bisogni individuali della persona assistita.

Il primo passaggio fondamentale consiste nella corretta valutazione del dolore, che deve essere effettuata in maniera sistematica e documentata nel tempo. La valutazione comprende l'analisi dell'intensità del dolore, della sua localizzazione, durata, caratteristiche e dei meccanismi fisiopatologici coinvolti. Il dolore oncologico può infatti presentare componenti nocicettive, neuropatiche o miste e può essere correlato direttamente alla crescita tumorale, alle metastasi oppure ai trattamenti oncologici, quali chirurgia, chemioterapia e radioterapia.

La terapia farmacologica rappresenta il cardine del trattamento del dolore oncologico e si basa tradizionalmente sulla scala analgesica a tre gradini proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nei casi di dolore lieve vengono generalmente utilizzati farmaci non oppioidi, come paracetamolo e farmaci antinfiammatori non steroidei, soprattutto in presenza di una componente infiammatoria. Quando il dolore assume caratteristiche moderate, il trattamento può prevedere l'utilizzo di oppioidi deboli oppure basse dosi di oppioidi forti, eventualmente associati ad analgesici

di base. Nei casi di dolore severo, si ricorre invece agli oppioidi forti, quali morfina, ossicodone, fentanil o idromorfone, sempre attraverso un'attenta personalizzazione della terapia e un monitoraggio costante di efficacia e tollerabilità.

Accanto agli analgesici tradizionali, un ruolo importante è svolto dai farmaci adiuvanti, utilizzati soprattutto nelle forme di dolore neuropatico o nelle condizioni caratterizzate da sintomi complessi. Tra questi rientrano antidepressivi, antiepilettici, corticosteroidi e altri farmaci specifici che contribuiscono a migliorare il controllo del dolore e a ridurre l'impatto dei sintomi associati.

La gestione del dolore oncologico non si limita tuttavia alla sola terapia farmacologica. Nei casi in cui il dolore risulti scarsamente controllato o particolarmente complesso, possono essere prese in considerazione procedure interventistiche antalgiche, eseguite da specialisti anestesisti esperti in terapia del dolore. Tali procedure comprendono infiltrazioni, blocchi nervosi, tecniche neuromodulative e altre metodiche mini-invasive finalizzate a interrompere o modulare la trasmissione dello stimolo doloroso.

Un ulteriore livello terapeutico è rappresentato dagli interventi non farmacologici e riabilitativi, che assumono un ruolo importante nel miglioramento della funzionalità e del benessere globale del paziente. Fisioterapia, mobilizzazione assistita, tecniche di rilassamento, supporto nutrizionale e strategie di conservazione dell'energia contribuiscono infatti a ridurre la disabilità e a mantenere il più possibile l'autonomia della persona.

Particolare rilevanza assume anche il supporto psicologico, poiché il dolore oncologico è frequentemente associato ad ansia, depressione, paura e sofferenza emotiva. L'intervento psicologico aiuta il paziente e la famiglia ad affrontare il percorso di malattia, migliorando la capacità di adattamento e la partecipazione attiva alle cure. Il supporto psicologico si inserisce all'interno di un approccio multidimensionale che considera la persona nella sua globalità.

La presa in carico del paziente oncologico con dolore coinvolge diversi livelli assistenziali, integrati all'interno della rete di terapia del dolore e cure palliative. Il Medico di Medicina Generale svolge un ruolo essenziale nell'identificazione precoce del dolore, nel monitoraggio clinico e nella continuità assistenziale sul territorio. Gli specialisti oncologi e palliativisti collaborano nella definizione del

percorso terapeutico, mentre l'ambulatorio di terapia del dolore rappresenta il riferimento per i casi complessi o refrattari ai trattamenti iniziali.

Nelle fasi avanzate della malattia, le cure palliative domiciliari e l'hospice garantiscono una presa in carico globale orientata al controllo dei sintomi e al supporto del paziente e della famiglia. In queste fasi, il trattamento del dolore si inserisce in un più ampio percorso assistenziale finalizzato al comfort, alla qualità della vita e alla dignità della persona.

Nei casi di dolore refrattario, non controllabile con le terapie disponibili e associato a sofferenza insopportabile, può infine essere presa in considerazione la sedazione palliativa, effettuata nel rispetto dei principi etici, clinici e normativi vigenti.

In conclusione, il trattamento del dolore oncologico richiede un approccio integrato, progressivo e personalizzato, fondato sulla collaborazione multidisciplinare e sulla continuità assistenziale tra ospedale e territorio. L'obiettivo principale non è esclusivamente la riduzione del sintomo dolore, ma il miglioramento globale della qualità della vita del paziente e della sua famiglia lungo tutto il percorso di malattia.

11.1. Trattamento di primo livello

Il primo livello di trattamento del dolore oncologico rappresenta il momento iniziale della presa in carico terapeutica del paziente ed è generalmente gestito dal Medico di Medicina Generale o dallo specialista inviante, come oncologo, internista o altro professionista coinvolto nel percorso di cura. Questa fase assume un ruolo fondamentale poiché consente di identificare precocemente il dolore, avviare tempestivamente il trattamento e prevenire l'evoluzione verso condizioni di maggiore complessità clinica e assistenziale.

L'obiettivo principale del primo livello non è soltanto la riduzione dell'intensità del dolore, ma anche il mantenimento della funzionalità, dell'autonomia e della qualità della vita del paziente. In questa fase, il professionista sanitario effettua una prima valutazione globale del sintomo doloroso, prendendo in considerazione intensità, localizzazione, caratteristiche, durata e impatto del dolore sulla vita quotidiana. La valutazione iniziale consente inoltre di individuare eventuali fattori

aggravanti, bisogni assistenziali e condizioni cliniche associate.

Il trattamento iniziale comprende innanzitutto l'impiego di farmaci analgesici di base, quali paracetamolo e farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), quando indicati. Il paracetamolo rappresenta spesso il primo approccio terapeutico nei casi di dolore lieve o moderato, grazie al suo profilo di tollerabilità relativamente favorevole. I FANS risultano invece particolarmente utili quando il dolore presenta una componente infiammatoria, come nel dolore osseo o nelle infiltrazioni neoplastiche dei tessuti. Tuttavia, il loro utilizzo richiede particolare attenzione nei pazienti fragili, anziani o affetti da patologie gastrointestinali, cardiovascolari o renali, a causa del rischio di effetti collaterali e complicanze.

Accanto alla terapia analgesica sintomatica, un elemento essenziale del primo livello è rappresentato dal trattamento delle cause specifiche identificabili del dolore. Il dolore oncologico può infatti derivare da differenti meccanismi patologici, tra cui compressione nervosa, metastasi ossee, processi infiammatori o effetti collaterali dei trattamenti antitumorali. Quando possibile, il trattamento eziologico contribuisce in modo significativo al controllo del sintomo doloroso. Ciò può includere, ad esempio, interventi oncologici specifici, radioterapia palliativa, terapie ortopediche o altre misure mirate alla patologia sottostante.

Un aspetto particolarmente importante della gestione iniziale è rappresentato dall'educazione del paziente e dei familiari. Il dolore oncologico è spesso accompagnato da paura, ansia e preoccupazioni legate sia alla malattia sia all'utilizzo dei farmaci analgesici, soprattutto oppioidi. È quindi fondamentale fornire informazioni chiare sulle caratteristiche del dolore, sugli obiettivi realistici del trattamento e sulle modalità corrette di assunzione della terapia. L'educazione terapeutica contribuisce a migliorare l'aderenza al trattamento, ridurre i timori legati agli effetti collaterali e favorire una partecipazione attiva del paziente al percorso di cura.

Il primo livello comprende inoltre le prime indicazioni comportamentali e funzionali, finalizzate a preservare il più possibile l'autonomia e la qualità della vita della persona. Tali indicazioni possono riguardare il mantenimento di un'adeguata mobilitazione, la prevenzione dell'allettamento prolungato, il corretto posizionamento del paziente, l'alimentazione, il riposo e la gestione delle attività quotidiane. Anche piccoli interventi sul piano comportamentale possono contribuire

significativamente al benessere generale e alla riduzione della sofferenza.

Un elemento essenziale di questa fase è il monitoraggio della risposta terapeutica. La rivalutazione periodica del dolore consente infatti di verificare l'efficacia del trattamento, l'eventuale comparsa di effetti indesiderati e l'impatto della terapia sulla funzionalità e sulla qualità della vita. Il monitoraggio deve essere continuo e documentato, utilizzando strumenti di valutazione validati, al fine di garantire una gestione dinamica e appropriata del sintomo doloroso.

Il ricorso allo specialista in terapia del dolore o alle cure palliative risulta indicato quando il trattamento iniziale non consente un adeguato controllo del sintomo oppure quando il quadro clinico presenta elementi di maggiore complessità. In particolare, l'invio specialistico deve essere considerato nei casi di inefficacia del trattamento impostato, di dolore persistente o ingravescente nonostante la terapia, o in presenza di un elevato impatto funzionale che comprometta significativamente l'autonomia del paziente.

Particolare attenzione deve essere riservata ai casi in cui vi sia il sospetto di dolore neuropatico o misto. Il dolore neuropatico, infatti, presenta caratteristiche cliniche specifiche, spesso più difficili da trattare con i comuni analgesici, e richiede un approccio terapeutico mirato che può includere farmaci adiuvanti e strategie specialistiche. Il riconoscimento precoce di tali condizioni consente una presa in carico più appropriata e una maggiore probabilità di controllo efficace del dolore.

Il primo livello di trattamento rappresenta quindi una fase fondamentale del PDTA del dolore oncologico, poiché consente di avviare precocemente il percorso terapeutico, intercettare i bisogni del paziente e favorire un tempestivo accesso ai livelli specialistici della rete assistenziale quando necessario.

11.2. Trattamento di secondo livello (specialistico ambulatoriale)

Il trattamento di secondo livello del dolore oncologico rappresenta il nucleo centrale dell'attività specialistica dell'Ambulatorio di Cure Palliative e si rivolge ai pazienti che presentano dolore persistente, complesso o non adeguatamente controllato dai trattamenti iniziali. Questa fase del

percorso assistenziale richiede una presa in carico specialistica strutturata, multidimensionale e personalizzata, orientata non soltanto al controllo del sintomo doloroso, ma anche al miglioramento della qualità della vita, della funzionalità e del benessere globale del paziente oncologico.

L'accesso al secondo livello avviene generalmente nei casi in cui il dolore risulti refrattario ai trattamenti di base, presenti caratteristiche neuropatiche o miste, oppure determini un importante impatto funzionale e psicologico sulla vita della persona. In tale contesto, il paziente viene valutato da specialisti esperti in terapia del dolore, in stretta collaborazione con oncologi, palliativisti e altri professionisti coinvolti nel percorso di cura.

Uno degli aspetti fondamentali della presa in carico specialistica è la ridefinizione diagnostica del dolore. Il dolore oncologico, infatti, può derivare da molteplici meccanismi fisiopatologici e può modificarsi nel tempo in relazione alla progressione della malattia o agli effetti dei trattamenti oncologici. La valutazione specialistica approfondisce quindi le caratteristiche cliniche del dolore, identificandone il tipo — nocicettivo, neuropatico o misto —, i fattori aggravanti, la distribuzione anatomica e l'impatto funzionale ed emotivo. Tale ridefinizione diagnostica consente di impostare un trattamento più mirato e appropriato.

Sulla base dell'inquadramento clinico, viene impostata una terapia farmacologica orientata al meccanismo del dolore. L'approccio terapeutico specialistico non si limita infatti alla semplice intensità del sintomo, ma considera i meccanismi fisiopatologici sottostanti. Il dolore neuropatico, ad esempio, richiede frequentemente l'utilizzo di farmaci adiuvanti come antidepressivi o antiepilettici, mentre il dolore nocicettivo può beneficiare maggiormente di analgesici tradizionali e oppioidi. Nei pazienti oncologici, il trattamento farmacologico deve essere attentamente personalizzato, tenendo conto delle condizioni cliniche generali, delle comorbidità, della prognosi e della tollerabilità delle terapie.

Un ruolo particolarmente importante è rappresentato dalla revisione e ottimizzazione delle terapie già in atto. Molti pazienti giungono infatti alla valutazione specialistica dopo aver assunto numerosi trattamenti analgesici, spesso con beneficio parziale o associati a effetti indesiderati significativi. Lo specialista rivaluta pertanto l'efficacia delle terapie precedenti, corregge eventuali inapproprietezze prescrittive, riduce le duplicazioni terapeutiche e ottimizza i dosaggi e le associazioni farmacologiche,

con l'obiettivo di migliorare il controllo del dolore riducendo al minimo gli effetti collaterali.

La presa in carico specialistica si basa inoltre sull'impostazione di strategie multimodali, considerate oggi fondamentali nella gestione del dolore oncologico complesso. Il dolore oncologico, infatti, raramente può essere controllato efficacemente attraverso un singolo intervento terapeutico. Per questo motivo, il trattamento integra approcci farmacologici, riabilitativi, psicologici e, quando indicato, interventistici. L'integrazione di differenti strategie terapeutiche consente di agire contemporaneamente sui diversi meccanismi del dolore e sui fattori che ne influenzano la percezione e la persistenza.

Nel corso della presa in carico vengono definiti obiettivi terapeutici condivisi con il paziente e con i familiari. La gestione del dolore oncologico richiede infatti una comunicazione chiara e una forte alleanza terapeutica. Gli obiettivi devono essere realistici e personalizzati, tenendo conto delle aspettative del paziente, dello stadio della malattia e delle possibilità terapeutiche disponibili. In molti casi, il successo terapeutico non coincide necessariamente con la completa abolizione del dolore, ma con il miglioramento della funzionalità, del riposo, del benessere psicologico e della qualità della vita.

Quando il quadro clinico presenta elevata complessità, può essere attivato il gruppo multidisciplinare, composto da specialisti di diverse discipline, tra cui oncologi, palliativisti, anestesisti, fisiatristi, psicologi, fisioterapisti e infermieri esperti. L'approccio multidisciplinare consente una gestione integrata dei bisogni clinici, funzionali ed emotivi del paziente, favorendo la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Nei casi caratterizzati da particolare fragilità clinica o necessità di coordinamento assistenziale, può essere individuata una figura di case manager. Tale figura svolge un ruolo di raccordo tra i diversi professionisti coinvolti nel percorso di cura, facilitando il monitoraggio clinico, l'organizzazione degli interventi terapeutici e la continuità della presa in carico.

La terapia farmacologica specialistica deve sempre rispettare principi di appropriatezza e sicurezza. È fondamentale privilegiare approcci multimodali, evitando il ricorso esclusivo a singole categorie di farmaci e limitando il rischio di sovratrattamento. Le escalation terapeutiche devono essere attentamente valutate e giustificate sulla base del quadro clinico e della risposta del paziente, evitando

incrementi non appropriati dei dosaggi che potrebbero aumentare il rischio di effetti collaterali senza reali benefici clinici.

Particolare attenzione deve essere posta all'utilizzo dei farmaci oppioidi. Sebbene rappresentino uno strumento terapeutico importante nel dolore oncologico, il loro impiego deve avvenire con cautela e secondo criteri di appropriatezza prescrittiva. Gli oppioidi vengono generalmente considerati opzioni di seconda linea nei casi in cui i trattamenti precedenti risultino insufficienti o non adeguatamente efficaci. Prima di iniziare la terapia è necessaria una valutazione del rischio individuale, considerando comorbidità, fragilità del paziente, possibile rischio di effetti collaterali e contesto clinico generale.

L'introduzione degli oppioidi deve avvenire attraverso una titolazione progressiva, con monitoraggio strutturato e regolare nel tempo. È particolarmente importante effettuare follow-up ravvicinati nelle fasi iniziali del trattamento, al fine di valutare efficacia analgesica, tollerabilità, eventuale comparsa di effetti collaterali e possibili comportamenti a rischio. Il monitoraggio consente inoltre di rivalutare periodicamente l'appropriatezza terapeutica e di modificare tempestivamente il piano di cura in relazione all'evoluzione clinica del paziente.

Il trattamento di secondo livello rappresenta quindi una fase altamente specialistica del PDTA del dolore oncologico, fondata su personalizzazione terapeutica, multidisciplinarietà e continuità assistenziale. L'obiettivo principale rimane il controllo efficace del dolore e il miglioramento globale della qualità della vita del paziente oncologico, attraverso interventi integrati e appropriati lungo tutto il percorso di malattia.

11.3. Approccio multimodale

L'approccio multimodale rappresenta uno dei principi fondamentali nella moderna gestione del dolore oncologico e costituisce una strategia terapeutica integrata finalizzata al controllo globale del sintomo doloroso. Il dolore oncologico, infatti, è una condizione complessa e multifattoriale, influenzata non soltanto da componenti fisiche, ma anche da fattori psicologici, funzionali, sociali ed emotivi. Per questo motivo, il trattamento non può basarsi esclusivamente su un singolo intervento terapeutico, ma richiede l'integrazione coordinata di differenti modalità assistenziali e terapeutiche.

L'obiettivo dell'approccio multimodale è quello di agire contemporaneamente sui diversi meccanismi fisiopatologici del dolore, migliorando l'efficacia complessiva del trattamento e riducendo la dipendenza da singole strategie terapeutiche, in particolare dall'utilizzo esclusivo della terapia farmacologica. Tale approccio consente inoltre di limitare il rischio di effetti collaterali, migliorare la funzionalità e favorire una migliore qualità della vita del paziente oncologico.

Uno degli elementi centrali dell'approccio multimodale è rappresentato dalla terapia farmacologica, che viene personalizzata sulla base dell'intensità del dolore, del meccanismo fisiopatologico coinvolto e delle condizioni cliniche del paziente. La terapia può comprendere analgesici non oppioidi, oppioidi e farmaci adiuvanti, utilizzati secondo criteri di appropriatezza e sicurezza. L'obiettivo non è soltanto il controllo del dolore, ma anche il mantenimento della migliore funzionalità possibile e la riduzione dell'impatto dei sintomi sulla vita quotidiana.

Nei casi di dolore persistente o refrattario ai trattamenti farmacologici, l'approccio multimodale può includere procedure interventistiche antalgiche, eseguite dagli specialisti anestesisti esperti in terapia del dolore. Tali procedure comprendono infiltrazioni antalgiche, blocchi nervosi, tecniche di neuromodulazione e altre metodiche mini-invasive finalizzate a interrompere o modulare la trasmissione dello stimolo doloroso. Le procedure interventistiche vengono considerate soprattutto nei pazienti con dolore localizzato, neuropatico o scarsamente controllato dalla sola terapia farmacologica.

Un altro elemento fondamentale è rappresentato dagli interventi riabilitativi e funzionali. Il dolore oncologico, soprattutto nelle fasi avanzate della malattia, può determinare una progressiva riduzione dell'autonomia e della capacità di svolgere le normali attività quotidiane. Gli interventi riabilitativi, attraverso fisioterapia, mobilizzazione assistita, esercizio terapeutico e programmi di recupero funzionale, mirano a contrastare il decondizionamento fisico, prevenire la disabilità e migliorare la qualità della vita del paziente. Anche il mantenimento di una minima attività fisica compatibile con le condizioni cliniche rappresenta un importante elemento terapeutico.

All'interno dell'approccio multimodale assume particolare rilevanza anche il supporto psicologico, soprattutto nei pazienti che manifestano ansia, depressione, paura o difficoltà emotive legate alla malattia e al dolore cronico. La sofferenza psicologica può infatti amplificare la percezione del dolore

e compromettere l'aderenza terapeutica. Il supporto psicologico aiuta il paziente e la famiglia ad affrontare il percorso di malattia, favorendo strategie adattive più efficaci e migliorando il benessere emotivo complessivo.

Un ulteriore elemento essenziale è rappresentato dall'educazione terapeutica, che consente al paziente di acquisire maggiore consapevolezza rispetto alla propria condizione clinica e al percorso di cura. Attraverso un'adeguata informazione, il paziente viene aiutato a comprendere le caratteristiche del dolore oncologico, gli obiettivi realistici della terapia, le modalità corrette di assunzione dei farmaci e l'importanza dell'aderenza terapeutica. L'educazione terapeutica favorisce inoltre una partecipazione attiva del paziente al percorso assistenziale e contribuisce a ridurre paure, false convinzioni e comportamenti inappropriati.

Nel paziente oncologico, l'approccio multimodale può comprendere anche la radioterapia palliativa, particolarmente indicata nei casi di dolore correlato a metastasi ossee, compressioni nervose o infiltrazioni tumorali localizzate. La radioterapia palliativa ha l'obiettivo di ridurre la massa tumorale responsabile della sintomatologia dolorosa e può contribuire significativamente al controllo del dolore e al miglioramento della funzionalità.

L'integrazione di tutte queste strategie terapeutiche consente di affrontare il dolore oncologico in modo più completo ed efficace rispetto all'utilizzo isolato di un singolo trattamento. L'approccio multimodale permette infatti di ridurre la dipendenza da elevate dosi di farmaci analgesici, limitare gli effetti collaterali, migliorare gli outcome clinici e favorire un maggiore benessere globale del paziente.

La gestione multimodale richiede inoltre una stretta collaborazione tra le diverse figure professionali coinvolte nel percorso di cura, tra cui medici specialisti, anestesisti, oncologi, fisioterapisti, psicologi, infermieri e operatori delle cure palliative. Tale integrazione multidisciplinare rappresenta uno degli elementi fondamentali per garantire appropriatezza terapeutica, continuità assistenziale e personalizzazione delle cure lungo tutto il decorso della malattia oncologica.

11.4. Gestione del "Breakthrough Pain" (BTp)

Il *breakthrough pain* (o dolore episodico intenso, spesso associato al cancro come BTcP) 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).

11.5. 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.

12. 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.

13. 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, oltretutto nell'affidare il proprio assistito alle cure palliative specialistiche, qualora ne ravvisi la necessità.

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.

14. INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO

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

14.1. Tempo medio di attesa per la prima visita

Il tempo medio di attesa per la prima visita rappresenta uno degli indicatori organizzativi più importanti all'interno del PDTA del dolore oncologico, poiché consente di valutare la tempestività dell'accesso del paziente ai servizi specialistici di terapia del dolore e cure palliative. Tale indicatore misura l'intervallo temporale che intercorre tra la richiesta di presa in carico e l'effettiva esecuzione della prima valutazione specialistica.

Nel dolore oncologico, la rapidità di accesso alle cure riveste un'importanza fondamentale, poiché il dolore può evolvere rapidamente e determinare un significativo peggioramento delle condizioni cliniche, funzionali e psicologiche del paziente. Tempi di attesa prolungati possono infatti comportare aumento della sofferenza, riduzione della qualità della vita, peggioramento dello stato funzionale e maggiore ricorso improprio ai servizi di emergenza.

L'obiettivo del PDTA è garantire tempi di accesso appropriati in relazione alla gravità clinica del paziente, attraverso sistemi di priorità e percorsi dedicati. Il monitoraggio periodico di questo indicatore permette di identificare eventuali criticità organizzative e di migliorare l'efficienza della rete assistenziale.

14.2. Appropriatezza degli invii

L'appropriatezza degli invii rappresenta un indicatore finalizzato a valutare la corretta selezione dei pazienti inviati ai servizi specialistici di terapia del dolore. Tale parametro misura la percentuale di

richieste di consulenza o presa in carico che risultano coerenti con i criteri clinici e organizzativi definiti dal PDTA.

L'obiettivo principale è garantire un utilizzo appropriato delle risorse specialistiche, indirizzando ai livelli avanzati della rete assistenziale i pazienti che presentano reale complessità clinica, dolore refrattario o necessità di trattamenti specialistici. Un invio appropriato consente inoltre di evitare sovraccarichi organizzativi e di ridurre i tempi di attesa per i pazienti con maggiore bisogno assistenziale.

La valutazione dell'appropriatezza tiene conto di diversi elementi, tra cui:

- persistenza del dolore nonostante il trattamento iniziale;
- sospetto dolore neuropatico o misto;
- elevato impatto funzionale;
- necessità di procedure antalgiche specialistiche;
- complessità clinica o terapeutica.

Il monitoraggio di questo indicatore favorisce inoltre una migliore integrazione tra medicina territoriale, specialistica oncologica e rete di terapia del dolore.

14.3. Percentuale di pazienti con valutazione completa

La percentuale di pazienti sottoposti a valutazione completa rappresenta un indicatore essenziale di qualità clinico-assistenziale. Tale indicatore misura la quota di pazienti nei quali la valutazione iniziale comprende tutti gli elementi fondamentali per un corretto inquadramento del dolore oncologico.

Una valutazione completa deve includere:

- intensità del dolore mediante scale validate;
- tipologia del dolore (nocicettivo, neuropatico o misto);
- localizzazione e caratteristiche del sintomo;

- impatto funzionale sulle attività quotidiane;
- condizioni psicologiche e sociali;
- eventuali effetti collaterali delle terapie già in atto.

Nel dolore oncologico, una valutazione multidimensionale è fondamentale poiché il dolore non rappresenta soltanto un sintomo fisico, ma una condizione complessa che coinvolge molteplici aspetti della vita della persona. Una raccolta accurata delle informazioni cliniche consente di impostare strategie terapeutiche più appropriate, personalizzate ed efficaci.

Questo indicatore permette inoltre di verificare l'aderenza dei professionisti agli standard assistenziali previsti dal PDTA e favorisce uniformità nella presa in carico.

14.4. Numero di follow-up programmati ed effettuati

Il numero di follow-up programmati ed effettivamente eseguiti rappresenta un indicatore importante per valutare la continuità assistenziale e il monitoraggio clinico del paziente oncologico con dolore. Il follow-up costituisce una componente essenziale del percorso terapeutico, poiché il dolore oncologico può modificarsi rapidamente nel tempo in relazione alla progressione della malattia, alla risposta ai trattamenti o alla comparsa di nuovi sintomi. Attraverso controlli clinici regolari è possibile:

- rivalutare l'intensità del dolore;
- monitorare efficacia e tollerabilità delle terapie;
- identificare precocemente effetti collaterali;
- adeguare il piano terapeutico;
- verificare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

Il monitoraggio periodico è particolarmente importante nei pazienti trattati con oppioidi o sottoposti a modifiche terapeutiche recenti, poiché consente di intercettare precocemente inefficacia terapeutica, tossicità farmacologica o bisogni assistenziali emergenti.

L'analisi di questo indicatore consente inoltre di verificare la reale aderenza del paziente al percorso di cura e l'efficacia organizzativa del servizio.

14.5. Percentuale di pazienti con piano terapeutico formalizzato

La percentuale di pazienti con piano terapeutico formalizzato rappresenta un indicatore di qualità documentale e organizzativa del PDTA. Tale indicatore misura la quota di pazienti per i quali è stato predisposto e documentato un piano terapeutico strutturato e condiviso.

Il piano terapeutico formalizzato costituisce uno strumento fondamentale per garantire continuità assistenziale, appropriatezza prescrittiva e integrazione tra i diversi professionisti coinvolti nel percorso di cura. Esso deve contenere:

- diagnosi e caratteristiche del dolore;
- obiettivi terapeutici;
- trattamenti farmacologici impostati;
- eventuali procedure interventistiche;
- interventi riabilitativi e psicologici;
- programma di monitoraggio e follow-up.

La formalizzazione del piano terapeutico favorisce una maggiore tracciabilità delle decisioni cliniche, migliora la comunicazione tra i professionisti e garantisce maggiore sicurezza nella gestione del paziente oncologico.

14.6. Utilizzo appropriato delle agende dedicate e dei codici CUR

L'utilizzo appropriato delle agende dedicate e dei codici CUR rappresenta un indicatore organizzativo finalizzato a garantire un corretto accesso ai servizi specialistici sulla base della priorità clinica del paziente.

Nel contesto del dolore oncologico, alcuni pazienti necessitano di una presa in carico particolarmente rapida a causa dell'elevata intensità del dolore, della progressione della malattia o della presenza di sintomi complessi. L'assegnazione appropriata dei codici di priorità consente di:

- garantire accessi tempestivi ai casi urgenti;
- ottimizzare la gestione delle liste di attesa;
- migliorare l'organizzazione delle attività ambulatoriali;
- ridurre ritardi assistenziali.

Le agende dedicate e i codici CUR permettono inoltre una migliore stratificazione dei bisogni clinici e favoriscono un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

14.7. Percentuale di pazienti con restituzione strutturata al curante

La percentuale di pazienti con restituzione strutturata al curante rappresenta un importante indicatore di integrazione e continuità assistenziale tra i diversi livelli di cura.

Dopo la valutazione specialistica, è fondamentale che il Medico di Medicina Generale o lo specialista inviante ricevano una comunicazione strutturata contenente:

- esito della valutazione clinica;
- diagnosi del dolore;
- piano terapeutico impostato;
- eventuali modifiche terapeutiche;
- indicazioni per il monitoraggio;
- programma di follow-up.

La restituzione strutturata favorisce la condivisione delle informazioni cliniche, migliora il coordinamento tra ospedale e territorio e riduce il rischio di frammentazione del percorso assistenziale. Inoltre, consente al medico curante di partecipare attivamente al monitoraggio del paziente e di garantire una continuità terapeutica più efficace e sicura.

14.8. 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.

15. 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 anestesiological di controllo**
- **89.01.1_3 — Visita algologica di controllo**
- **89.7A2----Prima visita Cure Palliative**
- **89.07.A_0---- Prima visita multidisciplinare per cure palliative**
- **89.01.R2---- Visita di controllo Cure Palliative , se si tratta di visite successive**

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.

16. 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.

17. 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.

18. CONCLUSIONI

Il PDTA del Dolore Oncologico rappresenta uno strumento operativo fondamentale per garantire un accesso appropriato, tempestivo e uniforme ai servizi di terapia del dolore, includendo il dolore cronico 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.

19. RIFERIMENTI NORMATIVI

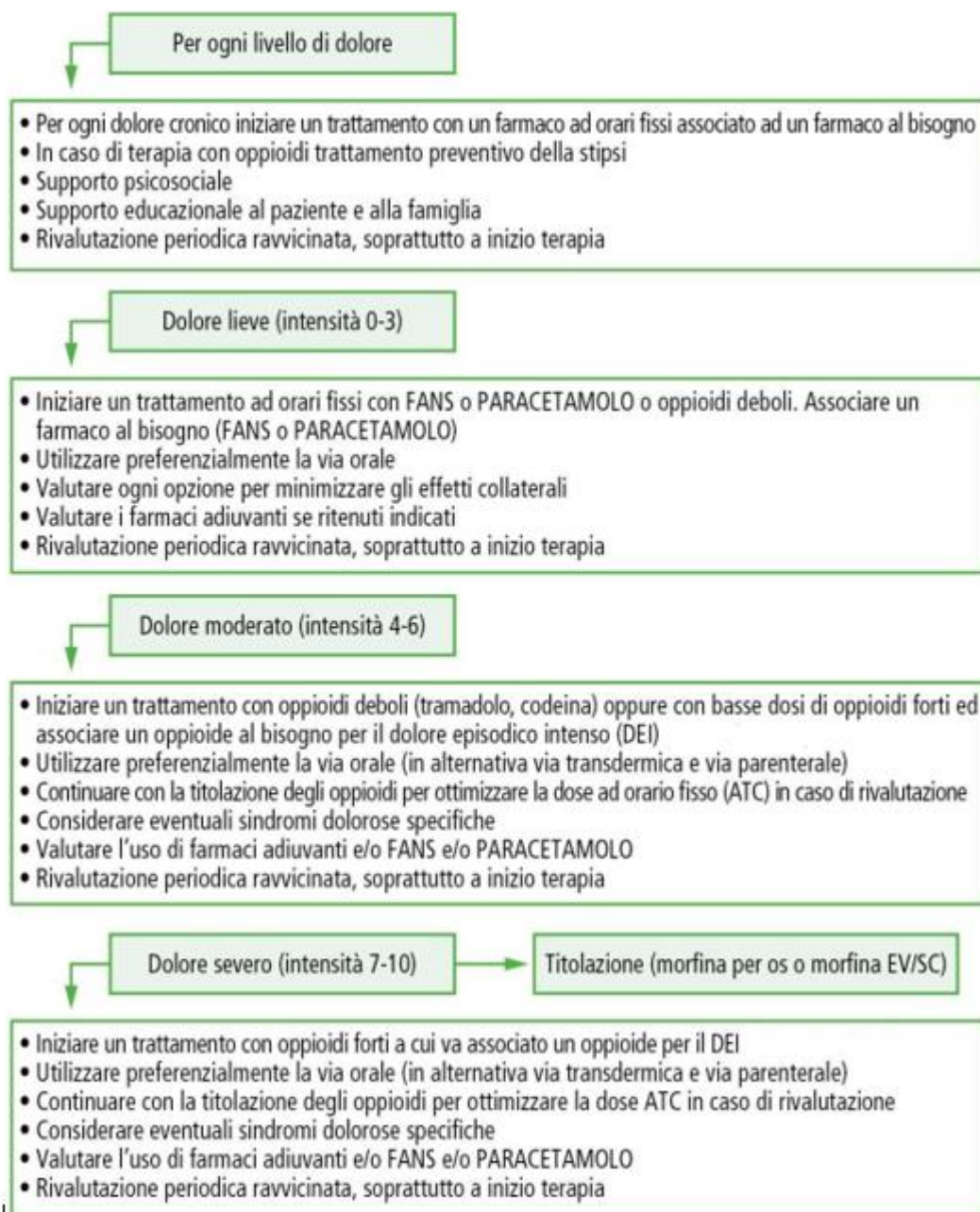
- Legge 15 marzo 2010, n. 38
 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”
 Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010
- Accordo Stato-Regioni del 24 maggio 2001
 “Ospedale senza dolore”
- Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR)
 “Linee guida 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”
- Deliberazione 12 marzo 2026, n. 124 “Approvazione del Piano regionale di potenziamento delle Reti di Cure Palliative (adulto e pediatrica) - Aggiornamento 2026.
- Delibera aziendale 15 Febbraio 2024, n.193 “Approvazione Linee Guida per la verifica di congruità ed appropriatezza delle prestazioni di assistenza in Hospice”

20. 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
- “Grandi insufficienze d’organo end-stage: cure intensive o cure palliative? Documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura” SIAARTI 2013

21. FLOW CHART GESTIONE DEL DOLORE



22. FLOW CHART PDTA DEL DOLORE CRONICO ONCOLOGICO

