DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0001998	27/10/2026

OGGETTO: Ospedale senza dolore – Valutazione, trattamento e monitoraggio del dolore nel paziente adulto ricoverato nelle Unità Operative ospedaliere della ASL Bari

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20260002331 DEL 26/10/2026
COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 6 (sei) PAGINE
DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 27 (ventisette) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE
DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

Parere della Direttrice Amministrativa	Parere della Direttrice Sanitaria
Firmato Digitalmente il 27/10/2026 14:05 Rachele POPOLIZIO	*Firmato Digitalmente il 27/10/2026 14:39* Rosella SQUICCIARINI

Il Segretario	Il Direttore Generale
Firmato Digitalmente il 27/10/2026 17:50 Luca TALIENTO	*Firmato Digitalmente il 27/10/2026 17:26* Luigi FRUSCIO

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **27/10/2026**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione
Firmato Digitalmente il 27/10/2026 17:51
Luca TALIENTO

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO:	**Adozione della Procedura Aziendale "Ospedale senza dolore – Valutazione, trattamento e monitoraggio del dolore nel paziente adulto ricoverato nelle Unità Operative ospedaliere della ASL Bari", Rev. 0.**

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 329 del 17/02/2025, con l'assistenza del Segretario, sulla base dell'istruttoria e della proposta formulata dalla dott.ssa Crescenza Abbinante, direttrice ff della UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legittimità, considera e determina quanto segue
Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 504 del 29.04.2020 di approvazione del "Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale e relativo manuale utente";
Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 2182 del 06.12.2021 di Approvazione Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle Determinazioni dirigenziali all'Albo Pretorio aziendale. Integrazione della DDG 504 del 29.04.2020;
Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 454 del 29.02.2024 di approvazione del Regolamento per la predisposizione, adozione e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale. modifica art. 2, art. 3, art.7.

Premesso che

- il dolore rappresenta uno dei principali problemi sanitari, anche in relazione all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie cronico-degenerative e neoplastiche, e il suo controllo, sia acuto che cronico, incide sull'outcome clinico, sulla risposta terapeutica alla patologia di base, sul processo riabilitativo e sulla qualità di vita della persona;
- un trattamento appropriato del dolore consente di prevenire disabilità secondarie e contribuisce alla sostenibilità del sistema sanitario, mentre il dolore persistente ha un impatto multidimensionale sulla persona, coinvolgendo aspetti biologici, psicologici e sociali;
- la Legge 15 marzo 2010, n. 38 tutela il diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore e, all'art. 7, prevede l'obbligo di riportare all'interno della cartella clinica le caratteristiche del dolore rilevato e la sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito;
- la rilevazione sistematica del dolore quale parametro vitale e la sua registrazione nella documentazione clinica non risultano ancora uniformemente implementate nelle Unità Operative ospedaliere aziendali;

Visti

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., “Riordino della disciplina in materia sanitaria”;
- l’Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 24 maggio 2001 sul documento di linee guida inerente il progetto “Ospedale senza dolore” (G.U. n. 149 del 29 giugno 2001);
- la Legge 15 marzo 2010, n. 38, “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”;
- il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24, “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”;
- il D.M. 21 novembre 2018, “Aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere”, che include la disciplina “Terapia del dolore”;
- l’Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR) sul documento “Accreditamento delle reti di terapia del dolore”;
- la D.G.R. Puglia n. 984/2016 di approvazione del Prontuario Terapeutico Regionale e s.m.i.;
- la D.G.R. Puglia n. 504 del 19 marzo 2019, di istituzione della Rete ospedaliera regionale “Terapia del dolore”, articolata in centri Hub e Spoke;

Considerato che

- si è reso necessario standardizzare e rendere omogenea in tutte le Unità Operative ospedaliere aziendali la presa in carico del dolore nel paziente adulto, definendo in modo univoco modalità di rilevazione, strumenti di misurazione, criteri di trattamento, monitoraggio e responsabilità dei professionisti coinvolti;
- la rilevazione e la registrazione del dolore devono essere integrate nella Cartella Clinica Elettronica (CCE) al pari degli altri parametri vitali, senza aggravio documentale per il personale sanitario;

Dato atto che

- a tal fine, è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da professionisti afferenti alla U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, all’Ambulatorio di Terapia del Dolore del P.O. Di Venere, al Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, al Dipartimento Emergenza-Urgenza, al Dipartimento del Farmaco e alle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri di Molfetta e Altamura, che ha redatto la procedura in oggetto;

Dato atto che la procedura:

- si applica ai pazienti adulti che accedono alle Unità Operative ospedaliere della ASL Bari in regime di ricovero ordinario, Day Service, Pronto Soccorso e attività ambulatoriale ospedaliera, con esclusione dell’età pediatrica;

- articola il percorso di gestione del dolore nelle fasi di presa in carico, valutazione, terapia e follow-up;
- prevede la misurazione del dolore all'ingresso e almeno una volta al giorno, a cura dell'infermiere, con registrazione nella sezione dei parametri vitali della CCE senza modulistica cartacea aggiuntiva, e la valutazione medica in presenza di dolore di intensità pari o superiore a 3;
- individua le scale validate per ciascun setting assistenziale (NRS, PAINAD o ABBEY, BPS/BPS-NI) e l'algoritmo per l'attivazione della consulenza specialistica antalgica, anche tramite i centri Hub e Spoke della Rete regionale "Terapia del dolore" qualora lo specialista non sia presente nel Presidio;
- fornisce indicazioni per la terapia farmacologica secondo la scala analgesica WHO, con riferimento al Prontuario Terapeutico Regionale, e per la prescrizione appropriata e sicura degli oppioidi, comprensive dello screening del rischio di abuso, della rotazione degli oppioidi e della gestione degli effetti collaterali;
- disciplina il follow-up e la comunicazione al Medico di Medicina Generale in sede di dimissione, e definisce la matrice delle responsabilità;
- si compone di n. 5 allegati (Scale per la rilevazione del dolore nei diversi contesti di cura; Scale di misurazione; Tabella di equianalgesia; Opioid Risk Tool; Approccio pratico per titolare la terapia con oppioidi, dose rescue e outcome);

Dato atto altresì che

- la procedura è stata inviata al Collegio di Direzione in data 2/10/2026;
- la procedura è stata trasmessa ai Direttori dei Dipartimenti e per loro tramite, alle Unità Operative, per l'acquisizione delle osservazioni;
- le osservazioni pervenute, tra cui quelle delle Direzioni Mediche di Presidio,e del Dipartimento del Farmaco sono state valutate e integrate nella procedura;
- la procedura è stata verificata e ratificata dalla U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione e approvata dalla Direttrice Sanitaria;
- il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;

Ritenuto pertanto

- di dover adottare la Procedura Aziendale "Ospedale senza dolore – Valutazione, trattamento e monitoraggio del dolore nel paziente adulto ricoverato nelle Unità Operative ospedaliere della ASL Bari", allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e della Direttrice Sanitaria, per quanto di rispettiva competenza

D E L I B E R A

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate

- **di adottare** la Procedura Aziendale "Ospedale senza dolore – Valutazione, trattamento e monitoraggio del dolore nel paziente adulto ricoverato nelle Unità Operative ospedaliere

della ASL Bari", comprensiva dei relativi n. 5 allegati, che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- **di stabilire** che la procedura si applica a tutte le Unità Operative ospedaliere della ASL Bari ed entra in vigore dalla data di esecutività del presente atto;
- **di demandare** ai Direttori dei Dipartimenti ospedalieri e ai Direttori Medici di Presidio Ospedaliero la diffusione capillare della procedura al personale afferente e la vigilanza sulla sua corretta applicazione;
- **di demandare** ai Direttori e ai Coordinatori infermieristici delle Unità Operative la garanzia della rilevazione quotidiana del dolore e della sua registrazione nella Cartella Clinica Elettronica;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai soggetti indicati nella lista di distribuzione della procedura e di disporne la pubblicazione sul portale aziendale;
- **di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
- **di disporre** la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line dell'Azienda.

Di dare atto, altresì, che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 470/2022) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.

PROCEDURA AZIENDALE

Ospedale senza dolore

Valutazione, trattamento e monitoraggio del dolore nel paziente adulto ricoverato nelle Unità Operative ospedaliere della ASL Bari

Rev. 0

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

Redazione	Verifica e Ratifica	Approvazione	Adozione	Rev.
Gruppo di lavoro ASL BA	U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione Dott.ssa Crescenza Abbinante	Direttrice Sanitaria **Dott.ssa Rosella Squicciarini**	Direttore Generale **Avv. Luigi Fruscio**	Rev. 01 La procedura sarà aggiornata ogniqualvolta cambieranno le condizioni cliniche organizzative nonché le nuove evidenze scientifiche

***Gruppo di lavoro ASL BA** *(in ordine alfabetico)*

Dott.ssa **ABBINANTE** Crescenza – Direttrice f.f. UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Sistema Qualità e Formazione
Dott. **ANACLERIO** Roberto – Responsabile Ambulatorio Terapia del Dolore PO Di Venere
Dott.ssa **ANTONACCI** Stefania – Direttrice Dipartimento del Farmaco
Dott.ssa **DE CHIRICO** Marta- Dirigente Medico Anestesia Rianimazione Terapia del Dolore
Dott**. MARTUCCI** Mauro - Dirigente Responsabile Professioni Sanitarie Ospedaliere e Territoriali
Dott. **MILELLA** Domenico – Direttore Dipartimento Anestesia e Rianimazione
Dott.ssa **MUNDO** Anna – Responsabile UOSVD Direzione Medica PO Molfetta
Dott. **QUARANTA** Guido – Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza
Dott. **SCATTAGLIA** Marco – Dirigente Medico Direzione Medica PO Altamura
Dott.ssa **TROTTA** Silvia – Dirigente Medico UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Sistema Qualità e Formazione

Sommario

1. Premessa....4
2. Obiettivo....4
3. Campo di applicazione....4
4. Lista di distribuzione....4
5. Acronimi e definizioni....4
6. Descrizione delle attività....6
A. Presa in carico del paziente....6
B. Valutazione del dolore (Allegati 1 e 2)....6
C. Terapia del dolore....10
D. Follow-up....15
7. Indicatori di monitoraggio....16
8. Matrice delle responsabilità....17
9. Diagramma di flusso....18
Allegato 1 – Scale per la rilevazione del dolore nei diversi contesti di cura....19
Allegato 2 – Scale di misurazione....20
NRS – Numerical Rating Scale....20
PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia....20
Scala ABBEY....21
BPS / BPS-NI – Behavioral Pain Scale....21
Classificazione basata sull'intensità del dolore....21
Allegato 3 – Tabella di equianalgesia....23
Allegato 4 – Opioid Risk Tool (ORT)....24
Allegato 5 – Approccio pratico per titolare la terapia con oppioidi, dose rescue e outcome....25
Titolazione degli oppioidi....25
Dose "rescue"....25
Outcome....25
Bibliografia e sitografia....26

1. PREMESSA

Il dolore rappresenta uno dei principali problemi sanitari a livello mondiale, sia per l'invecchiamento della popolazione, sia per l'aumento delle patologie cronico-degenerative e neoplastiche [2, 6, 8].

Le normative che regolamentano la gestione del dolore sono quelle previste dall'Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 24 maggio 2001 (G.U. n. 149 del 29/06/2001) [59], con l'istituzione del "Comitato Ospedale Senza Dolore", successivamente denominato "Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore", e dall'obbligatorietà della misurazione del dolore, come definito dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 [10], finalizzata a garantire una presa in carico adeguata dei pazienti affetti da dolore di origine oncologica o da dolore cronico non oncologico attraverso una rete integrata di servizi.

La tutela del diritto dei cittadini al trattamento del dolore è stata inoltre sancita dal DM 2 aprile 2015, n. 70, che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera [11], dal DPCM 12 gennaio 2017 (concernente i Livelli Essenziali di Assistenza) [12] e successivamente rimarcata, nel novembre 2018, dall'aggiornamento dell'elenco delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere, in cui figura la "Terapia del dolore" [13]. L'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 ha poi definito i requisiti per l'accreditamento delle reti di terapia del dolore [28].
In ambito regionale, con la DGR n. 504 del 19 marzo 2019 la Regione Puglia ha istituito la Rete ospedaliera "Terapia del dolore" [56], articolata in centri Hub, uno per area territoriale (per l'area di Bari l'A.O.U. Consorziale Policlinico), e in centri Spoke presso gli ospedali di I livello e di base, abrogando la precedente DGR n. 414/2015.
Il controllo del dolore, sia acuto che cronico, influenza non solo l'outcome clinico, ma anche la risposta terapeutica alla patologia di base e al relativo processo riabilitativo, incidendo significativamente sulla qualità di vita.
Un trattamento appropriato di tutte le forme di dolore consente di prevenire disabilità secondarie, migliorare la qualità della vita e contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario. Il dolore persistente, infatti, ha un impatto globale e multidimensionale sulla persona, coinvolgendo aspetti biologici, psicologici e sociali [33, 36].

2. OBIETTIVO

La procedura della ASL Bari sulla gestione del dolore nel paziente adulto in ospedale ha l'obiettivo di standardizzare e omogeneizzare la presa in carico del dolore nelle U.O. ospedaliere della ASL Bari.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica ai pazienti adulti (età ≥ 18 anni) che accedono alle Unità Operative ospedaliere della ASL Bari in regime di ricovero ordinario, Day Service, Pronto Soccorso e attività ambulatoriale ospedaliera. È esclusa l'età pediatrica, che richiede strumenti di valutazione e protocolli terapeutici specifici.

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

A tutti i Direttori dei Dipartimenti Sanitari Ospedalieri e, per loro tramite, a tutte le Unità Operative ospedaliere.

5. ACRONIMI E DEFINIZIONI

AMB	Regime ambulatoriale
ASA	Acido acetilsalicilico
ASL	Azienda Sanitaria Locale
BPS	Behavioral Pain Scale
BPS-NI	Behavioral Pain Scale – Non Intubated
BTP	Breakthrough pain (dolore episodico intenso)
COX	Cicloossigenasi
Cp	Compressa

Cps	Capsula
CR / SR	Controlled Release / Sustained Release (rilascio controllato / prolungato)
CRPS	Complex Regional Pain Syndrome
DM	Decreto Ministeriale
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DUD	Drug Use Disorder (disturbo da uso di sostanze)
EV	Via di somministrazione endovenosa
FANS	Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei (NSAIDs)
FC	Frequenza cardiaca
Fl	Fiala
Flac	Flacone
FR	Frequenza respiratoria
IASP	International Association for the Study of Pain
IM	Via di somministrazione intramuscolare
LAO	Long Acting Opioid (oppioide a rilascio prolungato)
LG	Linea guida
mcg/h	Microgrammi/ora
MMG	Medico di Medicina Generale
NRS	Numerical Rating Scale
ORT	Opioid Risk Tool
os	Via di somministrazione orale
PA	Pressione arteriosa
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
PAMORA	Peripherally Acting Mu-Opioid Receptor Antagonists (antagonisti periferici dei recettori μ)
Proxy Pain	Valutazione del dolore da parte di terzi
PS	Pronto Soccorso
PTR	Prontuario Terapeutico Regionale
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale
ROO	Rapid Onset Opioid (oppioide a rapida insorgenza d'azione, es. fentanyl transmucosale)
SAO	Short Acting Opioid (oppioide a rilascio immediato)
sc	Via di somministrazione sottocutanea
SNRI	Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
TD / TTS	Via transdermica / Transdermal Therapeutic System (cerotto)
U.O.	Unità Operativa
VAS	Visual Analogue Scale
WHO	World Health Organization

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Il percorso di gestione del dolore si articola in quattro fasi:

A	**Presa in carico del paziente**
B	**Valutazione del dolore**
C	**Terapia del dolore**
D	**Follow-up**

A. Presa in carico del paziente

Tutti i pazienti che accedono agli ospedali della ASL Bari devono essere sottoposti a una valutazione del dolore, considerandolo un segno vitale al pari di FC, FR, PA ecc., e utilizzando i seguenti criteri:

- **Misurare il dolore.** Ciascun setting assistenziale deve utilizzare le scale del dolore validate per l'area di riferimento. Per ottenere una misurazione dell'intensità del dolore il più possibile valida e affidabile è indispensabile utilizzare sempre lo stesso strumento e la stessa modalità di rilevazione (vedi punto B).
- All'ingresso del paziente in ospedale e, successivamente, a cadenza quotidiana, la misurazione del dolore deve essere effettuata dall'infermiere; nel caso in cui il setting assistenziale non preveda la presenza dell'infermiere, è eseguita dal medico che prende in carico il paziente.
- La misurazione del dolore deve essere documentata in cartella clinica, relazione clinica, lettera di dimissione e cartella clinica ambulatoriale, così come tutti gli altri segni vitali. La misurazione va riportata in cartella ogni volta che viene eseguita. Il valore rilevato va registrato direttamente nella sezione dei parametri vitali della Cartella Clinica Elettronica (C.C.E.), contestualmente agli altri segni vitali: non è prevista la compilazione di moduli cartacei aggiuntivi. Le scale riportate negli Allegati costituiscono strumenti di riferimento per la rilevazione e non schede da compilare e allegare.
- Qualora alla misurazione del dolore si riscontri un valore maggiore o uguale a 3 (dolore lieve), deve essere effettuata anche una valutazione medica, con conseguente eventuale terapia e indicazioni di follow-up e di rivalutazione del dolore, da descrivere in cartella clinica.
- La valutazione medica deve prevedere una valutazione clinica anamnestica con esame obiettivo e deve concludersi con la diagnosi del tipo di dolore (es. dolore acuto viscerale, dolore cronico neoplastico, ecc.).
- Alla valutazione clinica deve seguire la prescrizione terapeutica e di monitoraggio del dolore, da descrivere in cartella clinica.

B. Valutazione del dolore (Allegati 1 e 2)

Come si valuta l'intensità del dolore

L'intensità del dolore si valuta attraverso il coinvolgimento del paziente, eccetto che per le persone che non sono in grado di esprimersi, quali soggetti con alterazioni dello stato di coscienza o decadimento cognitivo, per i quali è necessaria una valutazione esterna. La misurazione del dolore si avvale di alcune scale che differiscono per area di degenza e condizioni cliniche dei pazienti (Allegato 2).

B.1 Riconoscere, rilevare e svelare il dolore

Riconoscere la presenza di dolore è la prima tappa dell'accertamento, basata sui seguenti elementi:

- credere alla persona rispetto a quanto riferito sul dolore;
- utilizzare modalità di self-report (autoriferito dalla persona che lo prova); si consideri che l'osservazione del comportamento e/o la rilevazione dei parametri vitali non possono sostituire ciò che la persona riferisce rispetto al proprio dolore;
- valutare la presenza di dolore durante la respirazione profonda e durante le semplici attività di vita quotidiana come lavarsi, girarsi nel letto, camminare;
- usare i Proxy Pain Ratings, cioè una valutazione del dolore da parte di una terza persona (caregiver/infermiere) (vedi Allegato 2), solo nel caso di persona non in grado di riferire il proprio dolore.

B.2 Valutazione clinica del paziente con dolore

La valutazione del dolore include un inquadramento anamnestico generale, un esame obiettivo e una specifica "storia del dolore" da inserire in cartella clinica. La valutazione comprende l'acquisizione di informazioni in merito a:

- Età, sesso, peso corporeo;
- Anamnesi farmacologica, per valutare la presenza di altre terapie in corso (durante l'anamnesi chiedere sempre se siano utilizzati integratori alimentari, bevande o prodotti fitoterapici che possano interferire con la cinetica dei farmaci). La conoscenza delle terapie precedenti evita spese e frustrazioni provocate da trattamenti ripetitivi. Indagare cosa è già stato tentato e quali trattamenti sono stati efficaci;
- Presenza di abuso di alcol o sostanze illecite o farmaci con alto potenziale di abuso;
- Presenza di allergie e/o intolleranze note;
- Presenza di disturbi del tono dell'umore;
- Presenza di disturbi del sonno: l'insonnia e il risveglio frequente sono generalmente causati da un dolore persistente o da ansia e depressione che accompagnano il dolore, o dall'associazione di questi fattori. La conta delle effettive ore di sonno può essere un utile indice dell'efficacia della terapia analgesica e dell'andamento della malattia;
- Presenza di gravi problematiche nell'ambito familiare;
- Presenza di rinuncia ai propri ruoli familiari;
- Durata e modalità di inizio del dolore: quando il dolore è iniziato (da quanto tempo, se dopo un evento traumatico o senza causa apparente, dopo la gravidanza, ecc.) e come è iniziato (lentamente, improvvisamente, dopo un lavoro ripetitivo, ecc.);
- Localizzazione del dolore: la localizzazione e la distribuzione del dolore aiutano a determinare il tipo di patologia dolorosa presentata dal paziente, per esempio centrale o periferica (irradiazione, ecc.);
- Descrizione del dolore: può essere utile farsi indicare le parti interessate su una mappa del corpo umano;
- Intensità del dolore.

B.2.a Rischio di abuso di oppioidi: l'Opioid Risk Tool (ORT)

L'Opioid Risk Tool (ORT) è un breve strumento di screening, auto-somministrato o compilato dal medico, progettato per pazienti adulti al fine di valutare il rischio di abuso di oppioidi tra coloro a cui vengono prescritti oppioidi per il trattamento del dolore cronico. Lo strumento è più efficace se somministrato durante la prima visita, prima di iniziare la terapia con oppioidi, e fornisce informazioni utili per valutare il rapporto rischio/beneficio della prescrizione [54].

L'ORT indaga i seguenti fattori di rischio: storia personale e familiare di abuso di sostanze; età; storia di abusi sessuali in età preadolescenziale; alcune patologie psichiatriche.

I punteggi vanno da 0 a 26 e sono suddivisi in tre categorie di rischio:

Rischio basso	Rischio moderato	Rischio elevato
punteggio 0 – 3	punteggio 4 – 7	punteggio ≥ 8

Secondo il campione di validazione (Webster, 2005) [54], i pazienti nella categoria a basso rischio hanno una probabilità del 5,6% di sviluppare uno o più comportamenti anomali quando vengono prescritti oppioidi; la categoria a rischio moderato presenta un rischio del 28%, la categoria ad alto rischio del 91%. Queste percentuali non rappresentano una misura diretta del rischio di abuso o dipendenza da oppioidi, bensì di comportamenti anomali (notoriamente associati ad abuso e dipendenza). I comportamenti anomali sono definiti come:

- Uso di una quantità di oppioidi superiore a quella prescritta
- Uso di una quantità superiore a quella prescritta più di una volta
- Iniezione di droghe
- Risultati anomali degli esami delle urine/del sangue

- Falsificazione di una ricetta medica
- Vendita di una ricetta medica
- Ammissione di aver cercato euforia con gli oppioidi
- Ammissione di aver desiderato oppioidi per l'ansia
- Overdose e decesso
- Esami delle urine/del sangue positivi per 2 o più sostanze
- Richiesta di oppioidi ad altri prescrittori
- Accessi non autorizzati al pronto soccorso
- Abuso concomitante di alcol
- Aumento non autorizzato del dosaggio

Per il questionario ORT vedi **Allegato 4**.

B.3 Esame obiettivo del dolore

La valutazione clinica obiettiva del paziente con dolore viene effettuata attraverso tre semplici regole:

1. ipotizzare una tipologia di dolore sulla base della distribuzione ed estensione del sintomo;
2. rafforzare l'ipotesi valutando la presenza o meno di danno al sistema nervoso, mediante l'applicazione di tre stimoli: tattile (ad esempio con batuffolo di cotone), puntorio (ad esempio tramite una punta) e caldo (ad esempio con una provetta contenente acqua calda), facilmente utilizzabili in qualsiasi setting clinico-assistenziale. Eventuali sintomi "negativi", quali deficit della sensibilità, indirizzano verso un interessamento del sistema somato-sensoriale;
3. identificare nel territorio del dolore la presenza di eventuali sintomi "positivi", come allodinia e/o iperalgesia, indici di sensibilizzazione dei nocicettori periferici o dei neuroni spinali.

B.4 Quando richiedere una consulenza specialistica antalgica

È necessario richiedere una consulenza specialistica antalgica qualora il dolore abbia presentato:

- peggioramento dopo trattamento;
- risposta inadeguata rispetto alle attese;
- effetti collaterali importanti o non controllati o non sopportati;
- diagnosi non certa;
- necessità di trattamenti invasivi;
- dolore non controllato.

Si raccomanda di seguire il seguente algoritmo per consentire una precoce e appropriata attivazione della consulenza specialistica di terapia del dolore:

1. Valutare la presenza dei seguenti requisiti minimi:
   - intensità del dolore moderata-forte (NRS ≥ 4);
   - riposo notturno interrotto dal dolore;
   - mobilizzazione con dolore;
   - deambulazione con dolore;
   - fallimento terapeutico o eccesso di effetti collaterali.
2. Richiedere la consulenza antalgica dalla cartella clinica elettronica. Qualora lo specialista di terapia del dolore non sia presente nel Presidio, la consulenza è richiesta al Centro Spoke di riferimento o al Centro Hub (A.O.U. Consorziale Policlinico di Bari) della Rete regionale "Terapia del dolore" (DGR n. 504/2019), anche in modalità di teleconsulto ove disponibile.
3. A seguito della valutazione specialistica, monitorare il dolore come parametro vitale e registrarne il valore nella documentazione clinica medica e infermieristica almeno una volta al giorno, per facilitare la rivalutazione periodica e la verifica dell'efficacia della cura.

B.5 Setting assistenziali e valutazione del dolore (Allegati 1 e 2)

Degenza Area Non Critica

Rilevazione del dolore nell'adulto comunicante

La scala utilizzata per la rilevazione del dolore nel paziente adulto comunicante, nelle strutture di degenza dell'Area Non Critica, è la NRS (Allegato 2) [15, 26]. La NRS è una scala monodimensionale composta da 11

item (da 0 a 10) di risposta numerica per quantificare l'intensità del dolore, dove 0 corrisponde alla "totale assenza di dolore" e 10 al "peggior dolore immaginabile dal paziente".

Modalità di utilizzo della scala:

1. chiedere: "Mi dica quanto dolore avverte in questo momento con un numero da 0 a 10, sapendo che 0 vuol dire assenza di dolore e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile";
2. ascoltare, ma non stimolare o accettare spiegazioni verbali; ricordare al paziente che dovrà riferire un numero compreso tra 0 e 10;
3. la misurazione va riferita al particolare momento in cui viene rilevata;
4. ricordare sempre che è una valutazione soggettiva e personale: il valore massimo 10 è quello che il paziente immagina possa essere il peggiore dolore possibile;
5. non ricordare al paziente il valore dato in precedenza, anche se ne fa richiesta: la sua valutazione del dolore è riferita a quel preciso momento;
6. non commentare né contestare le risposte ricevute;
7. la valutazione fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi;
8. è possibile talvolta rilevare incongruenze, modulate da convinzioni o paure che inducono il paziente a sovra- o sottostimare l'intensità del dolore.

Rilevazione del dolore nell'adulto non comunicante e/o con deficit cognitivo

In questa tipologia di pazienti viene utilizzata la scala multidimensionale PAINAD (Allegato 2), che si basa sull'osservazione di 5 indicatori che esplorano differenti modalità di manifestare il dolore: respiro, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo e consolabilità del paziente. Ai parametri viene assegnato un punteggio (0–10) che consente una sovrapposizione con la scala numerica (NRS). La PAINAD risulta di agevole utilizzo anche nei pazienti con demenza moderata [16, 17].

In alternativa alla PAINAD, nelle U.O. che già la adottano (es. area geriatrica e lungodegenza), può essere utilizzata la scala ABBEY (Allegato 2) [57], sviluppata per persone con demenza in fase avanzata non in grado di verbalizzare. Valuta 6 item (vocalizzazione, espressione facciale, linguaggio corporeo, comportamento, modificazioni fisiologiche e modificazioni fisiche), ciascuno con punteggio da 0 a 3, per un totale da 0 a 18. Ogni U.O. adotta una sola delle due scale e mantiene lo stesso strumento per tutta la degenza del paziente.

Degenza Area Critica

Le scale di valutazione del dolore nei pazienti ricoverati in Area Critica (ad esempio Terapia Intensiva e Rianimazione) sono la scala BPS, nel paziente intubato non comunicante, e la scala BPS-NI, nel paziente non intubato non comunicante (Allegato 2) [18]. Questi strumenti si basano sull'osservazione di "indicatori di comportamento": espressione facciale, movimenti degli arti superiori e adattamento alla ventilazione meccanica (BPS) oppure vocalizzazione (BPS-NI).

Tali item possono essere valutati durante le normali attività assistenziali quotidiane, senza gravare ulteriormente sulle già difficili condizioni del paziente.

Nel paziente di Area Critica in grado di comunicare, anche solo indicando un numero su un supporto visivo o con cenni del capo, si utilizza la NRS, con le stesse modalità previste per l'Area Non Critica. Nel paziente sedato, la rilevazione del dolore con BPS va associata alla valutazione del livello di sedazione mediante la scala RASS, da registrare in cartella.

Pronto Soccorso

La valutazione del dolore è parte integrante della valutazione di triage [58] e va ripetuta durante la permanenza in Pronto Soccorso, dopo ogni somministrazione di analgesici e prima della dimissione o del ricovero. Si utilizzano la NRS nel paziente comunicante, la PAINAD nel paziente non comunicante e/o con deficit cognitivo e la BPS/BPS-NI nel paziente critico non comunicante (es. sala emergenza). Il valore rilevato e il trattamento vanno riportati nel verbale di PS.

Ambulatori, Day Service

Si utilizzano la NRS nel paziente comunicante e la PAINAD nel paziente non comunicante e/o con deficit cognitivo. La misurazione va effettuata all'accesso e, nei percorsi di Day Service, ripetuta prima della dimissione. Nei Day Service chirurgici e interventistici il controllo del dolore (intensità inferiore al valore moderato, NRS < 4) è uno dei criteri per la dimissione, che deve essere accompagnata dalla prescrizione della terapia analgesica domiciliare. Il valore va riportato nella cartella clinica ambulatoriale o di Day Service e nella lettera di dimissione.

C. Terapia del dolore

All'interno di un percorso di cura centrato sul paziente, l'intervento terapeutico deve essere il più possibile personalizzato, prendendo in considerazione non soltanto le proprietà farmacodinamiche e farmacocinetiche dei farmaci, ma soprattutto le caratteristiche del paziente, includendo gli aspetti clinici, funzionali e cognitivi che possono incidere sull'effetto terapeutico e sulla tollerabilità del trattamento proposto.

Terapia antalgica farmacologica

La scelta del farmaco analgesico, oltre all'intensità della sintomatologia algica, deve tener conto della tipologia e delle caratteristiche del dolore; una buona base di partenza per l'impostazione del trattamento farmacologico è rappresentata dalla scala analgesica della WHO [51].

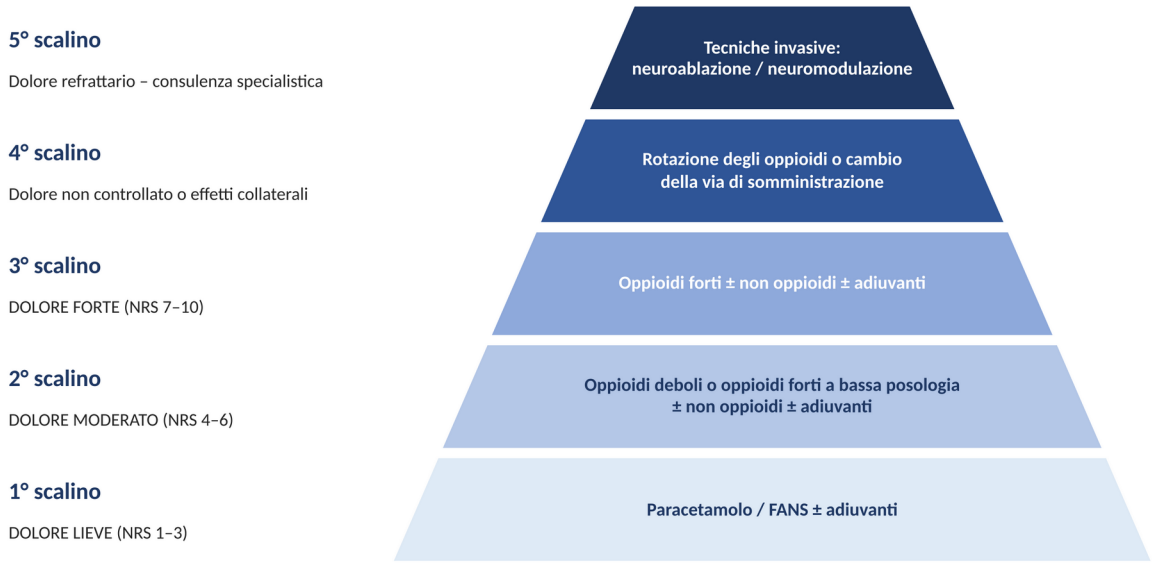


Figura 1 – Scala analgesica WHO (modificata).

Ai tre scalini della scala WHO originale si aggiungono il 4° scalino, che corrisponde alla rotazione degli oppioidi o al cambio della via di somministrazione in caso di dolore non controllato o di effetti collaterali (vedi paragrafo “La rotazione degli oppioidi”), e il 5° scalino, relativo alle tecniche invasive di neuroablazione e neuromodulazione, di competenza specialistica e da attivare mediante consulenza di Terapia del dolore (par. B.4).

Terapia farmacologica del dolore di intensità lieve

Per il dolore di intensità lieve (NRS 1–3) è indicato il trattamento con paracetamolo/FANS ± farmaci adiuvanti.

- Il paracetamolo è un analgesico efficace per il dolore acuto; l'incidenza di eventi avversi è comparabile al placebo [30].
- I FANS (non selettivi) sono efficaci nel trattamento del dolore acuto post-operatorio, della colica renale, dell'emicrania, della dismenorrea primaria, e del dolore acuto e cronico delle lesioni osteoarticolari e osteomuscolari [30].

Tabella 1 – Analgesici non oppioidi: dosi e modalità di somministrazione consigliate

	Farmaco	Dose media giornaliera	Dose max / 24 h	Commenti	
	Paracetamolo	1,2 g	2 – 3 g	Ridurre la dose massima del 50-75% in caso di insufficienza epatica o abuso di alcol.	
FANS	**Ketoprofene**	150 mg	200 mg	Maggiore rischio di gastrolesività nel paziente anziano. Cautela/controindicazione nelle patologie allergiche. Possono peggiorare la funzionalità renale.	FANS a media tossicità gastrolesiva
	Diclofenac	150 mg	150 mg		FANS a media tossicità gastrolesiva
	Nimesulide	100 mg	200 mg; max 15 gg di terapia		Maggiore rischio epatotossico rispetto agli altri antinfiammatori
	Ibuprofene	1.200 mg	1.800 mg		FANS a media tossicità gastrolesiva
	Naprossene	1.000 mg	1.000 mg		FANS a media tossicità gastrolesiva

Fonti: schede tecniche (RCP) dei farmaci; Prontuario Terapeutico Regionale della Regione Puglia (DGR n. 984/2016 e successivi aggiornamenti) [60]. La disponibilità dei singoli farmaci va verificata sulla versione vigente del PTR presso la Farmacia ospedaliera. Le indicazioni valgono anche per le Tabelle 2 e 3.

Terapia farmacologica del dolore di intensità moderata

Per il dolore di intensità moderata (NRS 4–6) è indicato il trattamento con oppioidi deboli (singoli o in associazione), ovvero oppioidi forti a bassa posologia ± paracetamolo/FANS ± farmaci adiuvanti.

I farmaci oppioidi rappresentano il gold standard dell'analgesia per via sistemica nel trattamento del dolore di intensità moderata-forte.

Sulla base della potenza analgesica, gli oppioidi vengono comunemente suddivisi in oppioidi deboli, inclusi codeina e tramadolo, e oppioidi forti, inclusi buprenorfina, fentanyl, meperidina (o petidina), metadone, morfina, idromorfone, ossicodone e tapentadolo.

Tabella 2 – Farmaci adiuvanti: dosi e modalità di somministrazione consigliate

	Farmaco	Dose media giornaliera	Dose max / 24 h	Titolazione	Commenti
Corticosteroidi	**Desametasone**	1,5 mg	40 – 60 mg		Usare la dose più bassa possibile per prevenire gli effetti collaterali da steroidi; anticipare ritenzione idrica e iperglicemia. La dose terapeutica d'attacco può essere più alta. La sospensione della terapia deve avvenire in maniera graduale.
	Prednisone	10 – 20 mg	40 – 80 mg		
Antidepressivi	**Amitriptilina**	10 – 50 mg	100 – 150 mg, da dividere in due dosi	Dopo 3 – 5 gg	Significativo aumento del rischio di effetti collaterali di tipo anticolinergico. Dopo l'avvio della terapia ridurre la dose a un livello ottimale. Prima scelta nel dolore neuropatico (post-erpetico) secondo LG.
	Clomipramina	Individualizzata (10 – 150 mg)	150 mg		
Antiepilettici	**Carbamazepina**	200 – 400 mg anziani: 100 mg × 2/die	800 mg	Dopo 3 – 5 gg	Controllare funzionalità epatica, emocromo, azotemia, creatinina, elettroliti. Prima scelta nella nevralgia del trigemino.

	Farmaco	Dose media giornaliera	Dose max / 24 h	Titolazione	Commenti
	Gabapentin	150 – 900 mg (in base alla funzionalità renale)	300 – 3.600 mg (in base alla funzionalità renale)	Da 3 gg a 3 settimane	Indicato per il trattamento del dolore neuropatico, secondo Nota AIFA 4, solo nel paziente adulto. Controllare sedazione, atassia, edema.
Benzo-diazepine	**Lorazepam**	1 – 2 mg	10 mg (dose da utilizzare solo in caso di quadro depressivo avanzato)		Stati di ansia
	Diazepam	5 mg, massimo 3 volte al giorno	15 mg		Per il controllo di spasmi muscolari di origine centrale e periferica
Neurolettici	**Clorpromazina**	Individualizzata (v. commento)	–		Dose individualizzata in rapporto all'età del paziente, alla natura e alla gravità dell'affezione, alla risposta terapeutica e alla tollerabilità del farmaco.
	Levomepromazina	Iniziare con dosi basse	–		
	Perfenazina	Individualizzata (v. clorpromazina)	64 mg		
Miorilassanti az. centrale	**Baclofen**	5 mg	30 – 80 mg; la dose di 100 – 120 mg solo per pazienti ospedalizzati accuratamente sorvegliati	Dopo 3 – 5 gg	Controllare debolezza muscolare e funzione urinaria; evitare la sospensione brusca (irritabilità SNC).

Tabella 3 – Analgesici oppioidi: dosi e modalità di somministrazione consigliate

	Farmaco	Dose iniziale	Dose max / 24 h	Titolazione	Commenti
Oppioidi minori	**Tramadolo**	25 mg (10 gtt) ogni 4 – 6 h	300 mg	Dopo 4 – 6 dosi	Meccanismo misto: agonista oppioide e inibitore del re-uptake di serotonina e noradrenalina. Presenta effetto tetto.
	Codeina + paracetamolo	30 mg + 500 mg	1 cpr ogni 4 – 6 h	Dopo 3 – 4 gg	Il 7% della popolazione caucasica non risponde (deficit dell'enzima CYP2D6 che converte la codeina in morfina).
Oppioidi maggiori	**Ossicodone a rilascio controllato**	5 – 10 mg × 2	20 – 40 – 80 mg ogni 12 h fino a dose efficace	Dopo 3 – 5 gg	Effetto immediato. Non presenta effetto tetto.
	Ossicodone a pronto rilascio + paracetamolo	5 – 10 – 20 mg + 325 mg	1 cpr ogni 6 h		
	Morfina a rilascio prolungato	10 mg × 2	40 – 80 – 100 mg ogni 12 h fino a dose efficace	Dopo 3 – 5 gg	I metaboliti della morfina possono accumularsi nei pazienti con insufficienza renale o quando sono necessarie alte dosi. Non presenta effetto tetto.

	Farmaco	Dose iniziale	Dose max / 24 h	Titolazione	Commenti
	Fentanyl TTS	12 – 25 – 50 – 75 mcg/h; 1 cerotto ogni 72 h	Fino a dose efficace		Il picco dell'effetto della prima dose si verifica dopo 18-24 ore e l'efficacia persiste per 72 ± 12 ore. Non presenta effetto tetto. Da preferire quando non sia utilizzabile la via orale. Note: 1) non usare come farmaco di prima scelta; 2) utilizzare sempre in pazienti già trattati con morfina; 3) secondo le tabelle di conversione in uso, 60 mg/die di morfina solfato per os corrispondono a fentanyl 25 mcg/h.
	Buprenorfina TTS	35 – 52,5 – 70 mcg/h; 1 cerotto ogni 72 h	Fino a dose efficace		Il picco dell'effetto della prima dose si verifica dopo 18-24 ore e l'efficacia persiste per 72 ± 12 ore. Da preferire quando non sia utilizzabile la via orale.
	Idromorfone	4 mg	8 – 16 – 32 mg ogni 24 h fino a dose efficace		Somministrazione unica giornaliera (formulazione a rilascio prolungato).
	Morfina a rilascio immediato	2,5 – 10 mg × 6	Nel BTP 1/5 – 1/6 della dose/24 h di oppioide a lento rilascio (vedi tabelle di conversione)	Dopo 1 – 2 dosi	Raccomandata per la titolazione iniziale e come dose rescue per il dolore episodico intenso (breakthrough pain). Non presenta effetto tetto.
	Fentanyl transmucosale (mucosa orale, con applicatore)	200 – 400 – 800 – 1.200 mcg (verificare)	Nel BTP 1/5 – 1/6 della dose/24 h di oppioide a lento rilascio (vedi tabelle di conversione)		Raccomandato come dose rescue (di solito 1/5 – 1/6 della dose giornaliera di oppioide a lento rilascio) per il dolore improvviso (breakthrough pain). Non presenta effetto tetto.

Terapia farmacologica del dolore di intensità forte

Per il dolore di intensità forte (NRS 7–10) è indicato il trattamento con oppioidi forti (singoli o in associazione) ± paracetamolo/FANS ± farmaci adiuvanti.

- Nel paziente con dolore acuto oncologico, il trattamento analgesico deve iniziare con i farmaci indicati dalla scala analgesica WHO appropriati per l'intensità del dolore [23, 51, 52].
- Nel paziente con dolore acuto conseguente a chirurgia, trauma o altra patologia acuta, si raccomanda un trattamento precoce, in funzione dell'intensità del dolore, con l'obiettivo di ottenere una sintomatologia di intensità inferiore al valore moderato [26, 30].
- Nel paziente con dolore cronico si raccomanda l'ottimizzazione della terapia farmacologica non oppioide e della terapia non farmacologica prima di un trattamento con farmaco oppioide [20, 21, 37].
- Nel paziente con dolore cronico, senza un disturbo da uso di sostanze attuale o pregresso e senza altri disturbi psichiatrici attuali, ma con dolore persistente nonostante l'ottimizzazione della terapia non oppioide, si suggerisce di aggiungere un "trial" con oppioidi (avvio, titolazione e monitoraggio della risposta terapeutica) [40, 53].
- Nel paziente con dolore cronico in trattamento con oppioidi e con dolore persistente e/o eventi avversi problematici, si suggerisce una rotazione a un altro oppioide.

Strategia prescrittiva per i farmaci analgesici

La prescrizione di farmaci analgesici si avvale delle seguenti azioni [5, 24, 40]:

- la valutazione del rischio di uso cronico e abuso di oppioidi, tenendo in considerazione fattori come la procedura chirurgica, fattori comportamentali e sociali, comorbidità mediche e disturbi psichiatrici preesistenti;
- l'adozione di strategie di controllo del rischio di uso improprio, anche mediante lo screening con la scala ORT, al fine di ridurre il rischio di dipendenza, DUD o uso improprio di oppioidi prescritti a scopo terapeutico;
- un approccio cautelativo, come buona pratica clinica, nella prescrizione di oppioidi ad alto dosaggio, in particolare nel dolore cronico non oncologico. Dosi elevate di oppioidi richiedono un attento monitoraggio per identificare tempestivamente l'insorgenza di effetti collaterali e/o reazioni avverse potenzialmente pericolose;
- l'adozione di un regime analgesico multimodale, privilegiando l'impiego di farmaci non oppioidi quando possibile;
- una comunicazione chiara al paziente sulla durata prevista del trattamento antalgico e l'elaborazione di un programma per la graduale riduzione dei dosaggi. È fondamentale l'educazione dei pazienti sui rischi legati all'uso dei farmaci oppioidi, inclusa la dipendenza e le conseguenze dei disturbi comportamentali, nonché il rischio di sonnolenza e riduzione della capacità di concentrazione, che possono compromettere la sicurezza durante la guida [46];
- l'informazione ai pazienti sul corretto smaltimento dei farmaci non utilizzati;
- il monitoraggio del paziente dopo la dimissione, in condivisione con il Medico di Medicina Generale e gli altri specialisti, per verificare efficacia, effetti collaterali e aderenza al trattamento, con un piano di gestione e strategie di uscita terapeutica in caso di sospetto abuso o deviazione degli oppioidi.

La rotazione degli oppioidi

Il dolore non controllato è un dolore non adeguatamente gestito o alleviato malgrado l'uso di trattamenti farmacologici. Nel paziente con dolore cronico in trattamento con oppioidi e con dolore persistente e/o eventi avversi problematici, si suggerisce una rotazione a un altro oppioide.

La rotazione degli oppioidi è una strategia che può essere impiegata nei pazienti che presentano dolore non controllato, quando gli effetti collaterali prevalgono sull'analgesia o quando vi è la necessità di modificare la via di somministrazione (ad esempio, via transdermica).

L'utilizzo di una tabella di equianalgesia fornisce un'approssimazione della potenza oppioide equivalente [40, 52]. Quando viene effettuata la rotazione, calcolare la dose equianalgesica mediante la tabella dell'**Allegato 3** e ridurre la dose calcolata del 25-50% per minimizzare il rischio di sovradosaggio non intenzionale. Nei pazienti in cui il razionale della rotazione è il dolore forte non controllato, può essere ragionevole la somministrazione della dose equianalgesica senza riduzione del dosaggio.

Metabolismo osseo, osteopenia/osteoporosi e vitamina D

Nel paziente adulto con dolore cronico non oncologico sottoposto a terapia prolungata con oppioidi, nonostante l'assenza di evidenze scientifiche solide, deve essere considerata la possibile interazione degli oppioidi con il metabolismo osseo. Come buona pratica clinica, si raccomanda il monitoraggio del metabolismo osseo, comprendente, quando appropriato, esami ematochimici e indagini strumentali finalizzati a rilevare eventuali condizioni di osteopenia o osteoporosi.

L'integrazione di vitamina D può essere utile in presenza di livelli sierici bassi o di un rischio elevato di osteoporosi. L'eventuale integrazione deve essere accompagnata da un monitoraggio regolare dei livelli plasmatici di vitamina D.

In presenza di alterazioni del metabolismo osseo, rischio elevato di osteoporosi o necessità di gestione specialistica, il trattamento deve essere integrato con un approccio specialistico finalizzato a minimizzare il rischio di alterazioni ossee. Le valutazioni e le decisioni adottate devono essere documentate in cartella clinica. Qualora la branca specialistica necessaria non sia presente nel Presidio, la valutazione è richiesta ad

altro Presidio aziendale ovvero programmata in regime ambulatoriale, anche dopo la dimissione, e indicata nella lettera di dimissione.

Prevenzione e gestione della stipsi indotta da oppioidi

Nel paziente adulto con dolore cronico non oncologico in terapia con oppioidi deve essere considerata e monitorata la comparsa di stipsi indotta da oppioidi.

Come buona pratica clinica, nonostante le limitate evidenze scientifiche disponibili, si consiglia l'utilizzo dei PAMORA come terapia di prima linea per la gestione della stipsi indotta da oppioidi nei pazienti con dolore cronico non oncologico in terapia con oppioidi.

La scelta del PAMORA deve essere effettuata nel rispetto delle indicazioni riportate nella scheda tecnica e deve essere personalizzata in relazione alle condizioni cliniche del paziente. È necessario un monitoraggio attento e regolare per garantire un trattamento efficace e sicuro.

La presenza di stipsi e la risposta al trattamento devono essere rivalutate nel corso del follow-up della terapia oppioide e riportate nella documentazione clinica.

D. Follow-up

Il dolore rappresenta un parametro vitale e, come tale, è obbligatorio nella pratica clinica che la sua misurazione venga effettuata di routine e che l'intensità sia registrata nella documentazione clinica medica e infermieristica, in modo da facilitare la rivalutazione periodica dell'efficacia delle terapie e degli eventuali effetti collaterali. Nel caso in cui sia stata prescritta una terapia antalgica, la rivalutazione va effettuata una volta, a distanza di 30-60 minuti dalla somministrazione (in funzione del farmaco e della via di somministrazione), per verificarne l'efficacia; in ogni caso la valutazione dovrà essere effettuata almeno una volta al giorno durante tutto il periodo di ricovero.

Alla dimissione riportare nella lettera di dimissione l'intensità del dolore del paziente e le strategie terapeutiche attuate durante la presa in carico, per informare il Medico di Medicina Generale e, se necessario, prenotare direttamente una visita ambulatoriale di Terapia del Dolore nel follow-up medico e/o chirurgico, riportando sull'impegnativa la dicitura "prima visita antalgica".

7. INDICATORI DI MONITORAGGIO

Al fine di verificare la corretta applicazione della procedura e di individuare eventuali criticità, è previsto il monitoraggio attraverso gli indicatori descritti in tabella.
Ciascuna U.O. effettua, con cadenza semestrale, un audit su un campione di almeno 10 cartelle cliniche (CCE) di pazienti dimessi nel semestre di riferimento, a cura del Direttore e del Coordinatore infermieristico.
Le Direzioni Mediche di Presidio raccolgono i dati delle U.O. ed elaborano un report semestrale o annuale che può essere oggetto di audit con le UO.

Indicatore	Formula	Standard / Requisito atteso
Rilevazione del dolore all'ingresso	(N° cartelle con rilevazione del dolore all'ingresso / N° cartelle esaminate) × 100	≥ 90%
Rilevazione quotidiana del dolore durante la degenza	(N° giornate di degenza con almeno una rilevazione registrata in CCE / N° giornate di degenza esaminate) × 100	≥ 80%
Valutazione medica in presenza di dolore NRS ≥ 3	(N° pazienti con NRS ≥ 3 con valutazione medica e prescrizione documentate / N° pazienti con NRS ≥ 3) × 100	≥ 90%
Rivalutazione del dolore dopo terapia antalgica	(N° somministrazioni con rivalutazione registrata entro 60 minuti / N° somministrazioni di terapia antalgica esaminate) × 100	≥ 80%
Informazione sul dolore nella lettera di dimissione	(N° lettere di dimissione che riportano intensità del dolore e terapia antalgica / N° lettere esaminate) × 100	≥ 80%

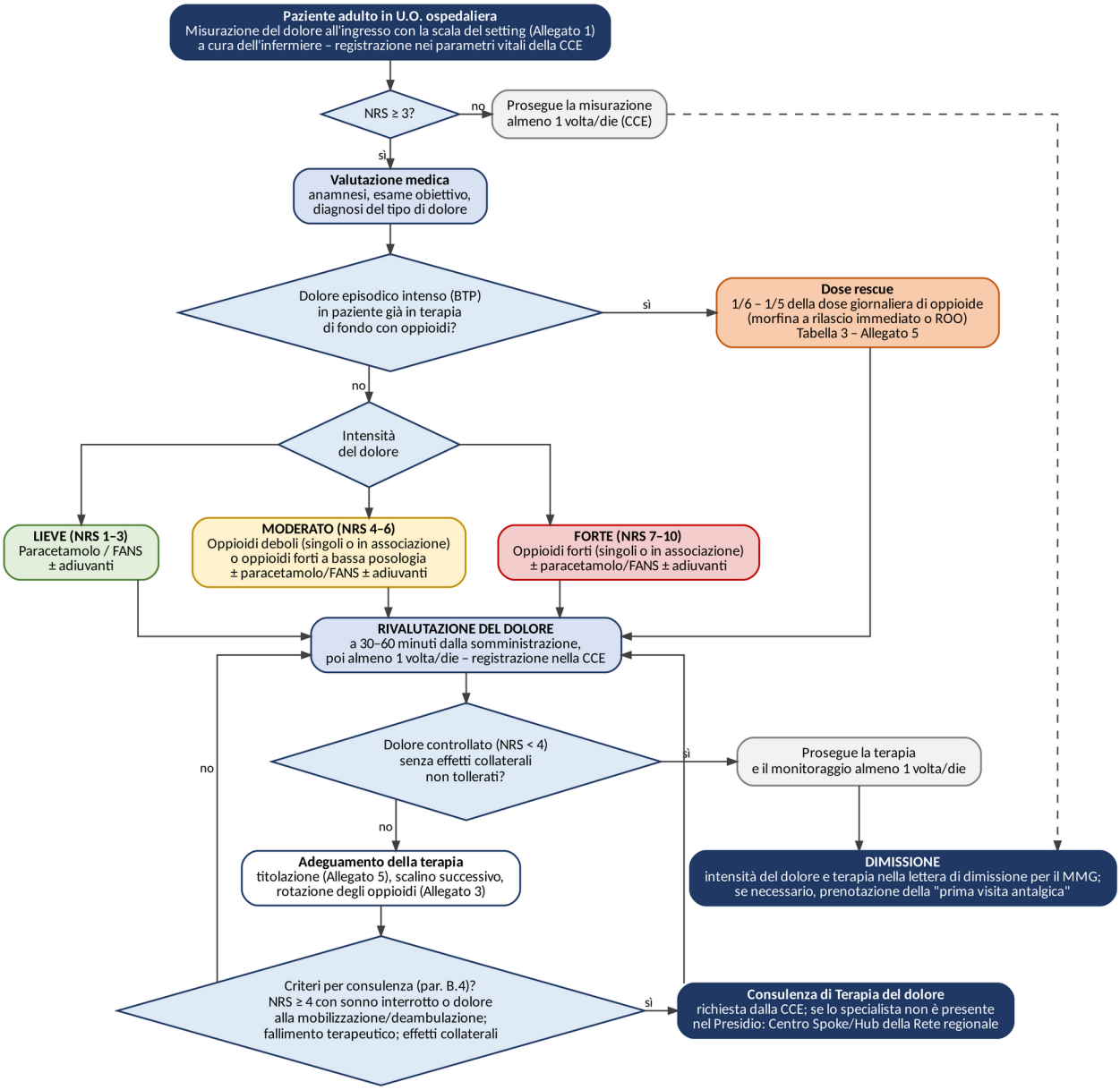
8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Fase del processo / attività	Medico U.O.	Infermiere	Specialista terapia del dolore	Altro specialista	Farmacista	MMG	Direttore / Coord. U.O.	Direzione Medica P.O.
Misurazione del dolore all'ingresso e almeno una volta al giorno; registrazione nei parametri vitali della CCE	C*	R						
Valutazione medica e diagnosi del tipo di dolore (NRS ≥ 3)	R	C						
Richiesta di consulenza antalgica (par. B.4)	R	I	C					
Consulenza specialistica antalgica, anche tramite i centri Hub/Spoke della Rete regionale	C		R	C				
Prescrizione della terapia farmacologica	R	I	C	C	C			
Somministrazione della terapia farmacologica	C	R						
Rivalutazione del dolore a 30-60 minuti dalla somministrazione	C	R						
Monitoraggio degli effetti terapeutici e adeguamento della terapia	R	C	C					
Monitoraggio e segnalazione degli effetti avversi (farmacovigilanza)	R	C	I	I	C			
Lettera di dimissione con intensità del dolore e terapia; prenotazione della prima visita antalgica, se necessaria	R		C			I		
Audit semestrale su campione di cartelle cliniche (CCE) e rilevazione degli indicatori	C	C					R	C
Azioni di miglioramento e formazione del personale	I	I					R	C

Legenda: R = Responsabile **C** = Collabora **I** = Informato (cella vuota = non coinvolto)

* *Il medico è responsabile della misurazione nei setting in cui non è prevista la presenza dell'infermiere (par. A).*

9. DIAGRAMMA DI FLUSSO



ALLEGATO 1 – SCALE PER LA RILEVAZIONE DEL DOLORE NEI DIVERSI CONTESTI DI CURA

Setting	Paziente	Scala	Quando misurare
Degenza Area Non Critica	Comunicante	**NRS**	All'ingresso, almeno 1 volta/die e dopo ogni terapia antalgica
	Non comunicante e/o con deficit cognitivo	**PAINAD (in alternativa ABBEY)**	Come sopra
Degenza Area Critica	Comunicante	**NRS**	All'ingresso e secondo il monitoraggio dei parametri vitali del reparto
	Non comunicante, intubato (+ RASS se sedato)	**BPS**	Come sopra e durante le manovre assistenziali
	Non comunicante, non intubato	**BPS-NI**	Come sopra
Pronto Soccorso	Comunicante	**NRS**	Al triage, dopo ogni analgesia, alla dimissione o al ricovero
	Non comunicante e/o con deficit cognitivo	**PAINAD**	Come sopra
	Critico non comunicante (sala emergenza)	**BPS / BPS-NI**	Come sopra
Ambulatori, Day Service	Comunicante	**NRS**	All'accesso; in Day Service anche prima della dimissione
	Non comunicante e/o con deficit cognitivo	**PAINAD**	Come sopra

ALLEGATO 2 – SCALE DI MISURAZIONE

NRS – Numerical Rating Scale

Nessun dolore	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**Il peggior dolore immaginabile**

PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia

Item	0	1	2
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-Stokes
Vocalizzazione	Nessuna	Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a scatti
Consolabilità	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Punteggio totale: 0 = nessun dolore; 10 = massimo dolore. Warden V, Hurley AC, Volicer L. J Am Med Dir Assoc. 2003;4(1):9-15.

Scala ABBEY

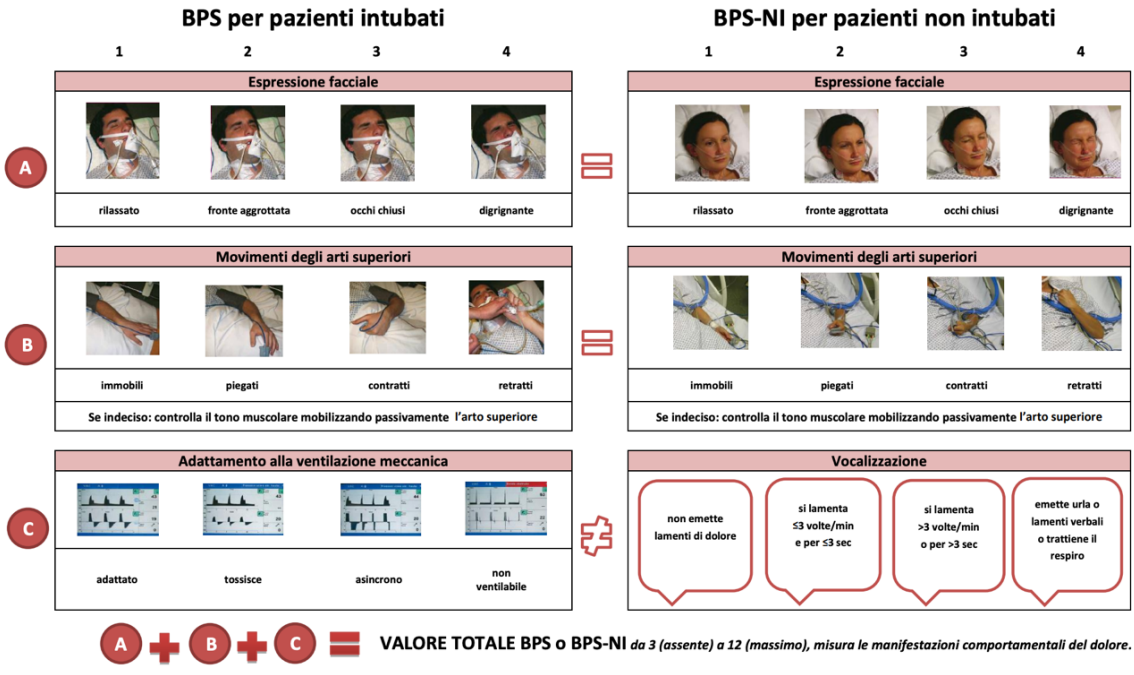
Per ciascun item: Assente = 0; Lieve = 1; Moderato = 2; Severo = 3.

Item	Indicatori	Punteggio (0 – 3)
Q.1 Verbalizzazione	Piange, si lamenta, geme, frigna	
Q.2 Espressione facciale	Sguardo teso, impaurito, smorfie	
Q.3 Cambiamento del linguaggio corporeo	Si muove con irrequietezza, dondola, si ritrae, si accovaccia	
Q.4 Cambiamento del comportamento	Aumento della confusione, rifiuto del cibo	
Q.5 Cambiamento fisiologico	Sudorazione o pallore, aumento della temperatura, pressione > 90/140 mmHg	
Q.6 Cambiamento fisico	Lacerazioni della pelle, lesioni da decubito, contratture, precedenti ferite	
	PUNTEGGIO TOTALE	

0 – 2 Dolore assente	3 – 7 Dolore lieve	8 – 13 Dolore moderato	14 – 18 Dolore severo

Abbey J, et al. Int J Palliat Nurs. 2004;10(1):6-13 [57]. Da usare in alternativa alla PAINAD, secondo quanto indicato al punto B.5.

BPS / BPS-NI – Behavioral Pain Scale



Valore totale BPS o BPS-NI da 3 (nessun dolore) a 12 (massimo dolore): somma degli item A + B + C.

Classificazione basata sull'intensità del dolore

Intensità	NRS	PAINAD	ABBEY	BPS e BPS-NI
Assente	0	0	0 – 2	3
Lieve	1 – 3	1 – 3	3 – 7	4 – 5

Intensità	NRS	PAINAD	ABBEY	BPS e BPS-NI
Moderato	4 – 6	4 – 6	8 – 13	6 – 11: dolore inaccettabile
Forte	7 – 10	7 – 10	14 – 18	

Per BPS e BPS-NI non sono definite, oltre alla categoria lieve, le categorie di intensità moderata e forte: un punteggio da 6 a 11 definisce una quantità di dolore inaccettabile, mentre 12 indica il massimo dolore.

ALLEGATO 3 – TABELLA DI EQUIANALGESIA

Farmaco (via)	Dosaggi in mg/die (fentanyl e buprenorfina TTS: mcg/h)												
Ossicodone CR (os)	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	120	140	160
Morfina (os)	**20**	**40**	**60**	**80**	**100**	**120**	**140**	**160**	**180**	**200**	**240**	**280**	**320**
Morfina (sc)	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	120	140	160
Morfina (e.v.)	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	120	140	160
Morfina (epidurale)	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	24	28	32
Morfina (intratecale)	0,2	0,4	0,6	0,8	1	1,2	1,4	1,6	1,8	2	2,4	2,8	3,2
Fentanyl TTS (mcg/h)			25			50			75		100		125
Buprenorfina TTS (mcg/h)			35	52,5		70			105		140		
Idromorfone (os)	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	48	56	64
Tramadolo SR (os)	100	200	300	400	500	600							
Codeina (+ paracetamolo)	120	240											

Leggere la tabella per colonna: i valori nella stessa colonna sono equianalgesici. Fonte: International Drugs 2003, modificata. Ridurre la dose calcolata del 25-50% in caso di rotazione (vedi paragrafo "La rotazione degli oppioidi").

ALLEGATO 4 – OPIOID RISK TOOL (ORT)

Segnare la casella corrispondente e sommare i punteggi.

Fattore di rischio	Femmine	Maschi
Storia familiare di abuso di sostanze		
Alcol	1	3
Sostanze illegali	2	3
Farmaci con prescrizione	4	4
Storia personale di abuso di sostanze		
Alcol	3	3
Sostanze illegali	4	4
Farmaci con prescrizione	5	5
Età tra 16 e 45 anni	1	1
Storia di abusi sessuali in età preadolescenziale	3	0
Disturbi psichici		
Disturbo da deficit dell'attenzione, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo bipolare, schizofrenia	2	2
Depressione	1	1
Punteggio totale		

Un punteggio di 3 o meno indica un basso rischio di abuso

Un punteggio da 4 a 7 indica un rischio moderato di abuso

Un punteggio di 8 o più indica un alto rischio di abuso

Fonte: Webster LR, Webster RM. Pain Med. 2005;6(6):432-442.

ALLEGATO 5 – APPROCCIO PRATICO PER TITOLARE LA TERAPIA CON OPPIOIDI, DOSE RESCUE E OUTCOME

Titolazione degli oppioidi

Paziente "naïve"	Paziente in trattamento con oppioidi senza beneficio
• Registrazione NRS • 4–8 gtt (5–10 mg) di morfina a rilascio immediato (SAO) ogni 4 h per 24 h • NRS dopo 24 h • Se riduzione del dolore < 50%: aumentare la dose del 50% • Se riduzione del dolore ≥ 50%: dose efficace	• Registrazione NRS • Convertire l'oppioide in morfina a rilascio immediato (SAO) e incrementare la dose progressivamente (1/6 della dose) • NRS dopo 24 h • Stessa procedura del paziente naïve
Una volta identificato il dosaggio efficace, convertire in oppioidi a rilascio prolungato (LAO) seguendo le tabelle di conversione (Allegato 3).	

Dose "rescue"

Paziente in trattamento con morfina	→	**Dose rescue = 1/6 – 1/5 della dose giornaliera di morfina (circa 15-20%)**
Paziente in trattamento con altri oppioidi	→	Conversione in morfina mediante tabella di equianalgesia (Allegato 3), quindi dose rescue = 1/6 – 1/5 della dose giornaliera equivalente di morfina

Outcome

Continua terapia	Stop terapia
• Dosi stabili • Analgesia raggiunta e miglioramento delle attività fisiche • Nessun abuso • Nessun effetto collaterale	• Escalation dei dosaggi • Analgesia non raggiunta • Nessun incremento delle attività fisiche • Abuso • Effetti collaterali • Mancata compliance del paziente

Fonte: Miceli L. et al., Minerva Anestesiologica 2020;86(7):693-5 (rif. bibliografico 55).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. Pain. 2008;137(3):473-7. doi: 10.1016/j.pain.2008.04.025.
2. Ministero della Salute. Il dolore cronico in Medicina Generale. 2010. Disponibile al link: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1257_allegato.pdf.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2018 Annual Surveillance Report of Drug-Related Risks and Outcomes. 2018. Disponibile al link: https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/pubs/2018-cdc-drug-surveillance-report.pdf.
4. Commissione Psicologi SICP. Gli interventi psicologici a sostegno dell'équipe di cure palliative. Disponibile al link: https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/43_Gliinterventipsicologiciasostegnodell%C3%A9quipediCP.pdf.
5. Fornasari D, Gerra G, Maione S, et al. Trattamento del dolore cronico in Italia: appropriatezza terapeutica con oppiacei e timore di addiction: situazione italiana vs USA. Società Italiana di Farmacologia. Disponibile a: https://sif-website.s3.amazonaws.com/uploads/document/attachment/42/sif_position_paper_dolore_oppiacei_apr18.pdf. Consultato il 21 giugno 2019.
6. Fayaz A, Croft P, Langford RM, et al. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. BMJ Open. 2016;6(6):e010364. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010364.
7. Civardi G, Zucco F, Valerio A, et al. Pain management in Internal Medicine and effects of a standardised educational intervention: the FADOI-DOMINO Study. Int J Clin Pract. 2015;69(1):33-40.
8. Costantini M, Viterbori P, Flego G, et al. Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey. J Pain Symptom Manage. 2002;23(3):221-230.
9. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Indagine sul dolore negli ospedali e negli hospice dell'Emilia-Romagna. 2010.
10. Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (G.U. n. 65 del 19 marzo 2010). Disponibile a: https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=32922.
11. Ministero della Salute. Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (G.U. n. 127 del 4 giugno 2015).
12. DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (G.U. n. 65 del 18 marzo 2017).
13. Ministero della Salute. Decreto 21 novembre 2018. Aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere (G.U. n. 38 del 14 febbraio 2019).
14. Vanderbilt University Medical Center. Valutazione del Delirium in Terapia intensiva (CAM-ICU). Manuale di istruzioni. Edizione inglese revisionata ottobre 2010; traduzione italiana marzo 2012.
15. Registered Nurses' Association of Ontario. Nursing Best Practice Guidelines – Accertamento e gestione del dolore. Supplemento, 2007. Traduzione Centro Studi EBN, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico S. Orsola-Malpighi.
16. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc. 2003;4(1):9-15.
17. Mosele M, Inelmen EM, Toffanello ED, et al. Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients. Dement Geriatr Cogn Disord. 2012;34(1):38-43.
18. Elli S, Dagostini G, Bambi S, et al. Utilization of Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in Intensive Care Unit. Prof Inferm. 2015;68(4):228-35. doi: 10.7429/pi.2015.684228.
19. DGR Lombardia n. IX/4610 del 28/12/2012. Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in applicazione della Legge 38 del 15 marzo 2010.
20. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59). 2016.
21. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Pain: Assessment, Non-Opioid Treatment Approaches and Opioid Management. 2017.
22. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings (CG173). 2013.
23. Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). Linee guida – Terapia del dolore in oncologia. Ottobre 2018.
24. American Pain Society – American Academy of Pain Medicine Opioids Guidelines Panel. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. J Pain. 2009.
25. Società Italiana di Cure Palliative (SICP). Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa. 2007.
26. Moore RA, Straube S, Aldington D. Pain measures and cut-offs – "no worse than mild pain" as a simple, universal outcome. Anaesthesia. 2013;68:400-412. doi: 10.1111/anae.12148.
27. Ortiz MI, Cuevas-Suárez CE, Cariño-Cortés R, Navarrete-Hernández JJ, González-Montiel CA. Nurses' knowledge and attitude regarding pain: a systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Pract. 2022.

28. Accordo 27 luglio 2020 ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38, sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore". Rep. Atti n. 119/CSR del 27 luglio 2020.
29. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
30. ANZCA. Acute Pain Management: Scientific Evidence, 5th edition.
31. D.Lgs. 15 marzo 2024, n. 29. Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane.
32. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version 02/2022). https://icd.who.int/browse11/l-m/en.
33. Barke A, et al. Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 international World Health Organization field test. Pain. 2022;163(2):e310-e318. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002287.
34. Natale R, et al. Redesigning the path of care and treatment goals in patients with chronic pain: ideas from the Science of Relief 2.0 event, August 2021. Drugs Context. doi: 10.7573/dic.2021-6-4.
35. Piano Socio-Sanitario Regione Lombardia 2024-2026.
36. Nahman-Averbuch H, Nir RR, Sprecher E, Yarnitsky D. Psychological factors and conditioned pain modulation: a meta-analysis. Clin J Pain. 2016;32(6):541-554. doi: 10.1097/AJP.0000000000000296.
37. National Guideline Centre (UK). Evidence reviews for psychological therapy for chronic primary pain. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s (NICE Guideline NG193). London: NICE; 2021.
38. Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis. BMJ. 2022;376:e067718. doi: 10.1136/bmj-2021-067718.
39. Joint Commission International. Clinical Care Program Certification. https://www.jointcommissioninternational.org/what-we-offer/certification/clinical-care-program-certification/.
40. SIAARTI. Buon uso dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore cronico non da cancro dell'adulto. 22 novembre 2024. https://www.siaarti.it/news/2238932.
41. NANDA International. Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2021-2023.
42. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Classificazione NIC degli interventi infermieristici. 2020.
43. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Classificazione NOC dei risultati infermieristici: misurazione dei risultati di salute. 2020.
44. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals. 2025.
45. FNOPI. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. 2019.
46. Legge 25 novembre 2024, n. 177. Modifiche al Codice della Strada.
47. White A, et al. Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture: the STRICTA recommendations. Complement Ther Med. 2022;64:102789.
48. Derry CJ, et al. Hypnosis for the management of pain in adults (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2019;9:CD012093.
49. Facco E, et al. Hypnosis for managing acute pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. Pain Res Manag. 2022;2022:2854132.
50. Tan G, et al. Integrative approaches to pain management in acute and emergency settings: a scoping review. BMJ Open. 2023;13(2):e06120.
51. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. 2018.
52. Fallon M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2018.
53. Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain, 2017. – ANZCA. Acute Pain Management: Scientific Evidence, 5th edition, 2020.
54. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. Pain Med. 2005;6(6):432-442.
55. Miceli L, et al. Minerva Anestesiologica. 2020;86(7):693-5.
56. Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 19 marzo 2019, n. 504. Istituzione della Rete ospedaliera della Regione Puglia "Terapia del dolore".
57. Abbey J, Piller N, De Bellis A, et al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. Int J Palliat Nurs. 2004;10(1):6-13.
58. Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero. 2019.
59. Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 maggio 2001 sul documento di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore" (G.U. n. 149 del 29 giugno 2001).
60. Regione Puglia. DGR n. 984/2016 – Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) e successivi aggiornamenti; Determina della Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa n. 49 del 16/05/2025 (PTR 42.0).

PROFILI CONTABILI

☐ RILEVANTE, a valere su: ☒ NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

☐ SOGGETTA a pubblicazione ☒ NON soggetta a pubblicazione

ONERI DI RISERVATEZZA:

☐ CONTIENE dati personali da NON pubblicare ☒ NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20260002331 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20260001998 DEL 27/10/2026

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Direttore/Responsabile di Struttura	Abbinante Crescenza	*Firmato digitalmente il 26/10/2026 15:22*