

Area 1	Standard	Pratica per la sicurezza del paziente	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Sicurezza assistenziale	La misura e gestione del dolore	Struttura, Presidio, Azienda

Riferimento normativo: DGR 1005 del 01/12/2008

## Razionale

Il dolore può essere un segnale d'allarme utile per la comprensione della malattia ma una volta individuata la causa che lo provoca il dolore che ne consegue è inutile e dovrebbe essere eliminato.

La valutazione del dolore costituisce la base imprescindibile per un adeguato trattamento, che trova il razionale nella adozione di protocolli, elaborati mediante un processo di revisione sistematica della letteratura, adattati alle caratteristiche organizzative e gestionali del reparto, con il coinvolgimento e la condivisione delle diverse figure professionali dedicate all'assistenza.

Per gli operatori sanitari, la valutazione del dolore basata sul tipo, sull'entità e sulla percezione individuale rappresenta il presupposto indispensabile per combatterlo attuando un adeguato approccio terapeutico.

Nessun'altra persona può sostituire il paziente nel riferire l'intensità del dolore provato; tendenzialmente gli operatori sanitari tendono a sottovalutare il dolore; il paziente stesso è l'unico accertatore competente per valutare il proprio dolore.

## Requisiti minimi

### Informazioni per l'utente

L'infermiere al momento di ingresso informa il paziente che nel reparto è in atto un programma per la misura del dolore e comunica, anche attraverso delle brochure (Allegato n.2) alcuni messaggi fondamentali:

- il dolore inutile non deve essere sopportato;
- informare subito il personale dell'insorgenza di un dolore o dell'aumento di un dolore già presente;
- non attendere che il dolore raggiunga livelli di intensità elevati;
- maggiore sarà la tempestività con la quale il personale sanitario sarà informato e maggiori le possibilità di controllare il dolore.

### Misurazione all'ingresso

Per misurare il dolore si adottano scale specifiche che devono essere capaci di stimare lo stato reale del fenomeno osservato, capaci di cogliere le variazioni di intensità del fenomeno considerato, devono essere semplici, sensibili, affidabili, riproducibili e validate scientificamente.

Al momento dell'accoglienza l'infermiere dovrebbe far comprendere al paziente il funzionamento della scala, considerando, nella scelta tra le diverse scale, abitudini ed esperienze del reparto. È necessario utilizzare sempre, specificandola, la stessa scala nelle misurazioni successive. Le scale più utilizzate per la misurazione del dolore sono le monodimensionali per il monitoraggio del dolore quotidiano:

- Scala VAS (Visual Analogic Scale) scala lineare, rappresentazione visiva della gravità del dolore che il paziente avverte: il paziente indica l'intensità del dolore su una linea continua di 10 cm compresa tra due estremità: "assenza di dolore" "massimo dolore immaginabile";
- Scala Numerica (Numeric Rating Scale): scala lineare; il paziente gradua il dolore su una scala numerica da 0 a 10
- Scala Verbale (Verbal Rating Scale): il paziente definisce il dolore verbalmente utilizzando l'aggettivo che ritiene più appropriato su una serie proposta;
- Scala Wong-Baker ("Scala delle faccine"), utilizzata dai tre ai sei anni circa, con cui il bambino può descrivere rispetto ad un modello figurativo il dolore che prova. In un righello ci sono una serie di sei faccine che esprimono diversa intensità di dolore (da niente a moltissimo) Si chiede al bambino di indicare quale è il dolore che sente;
- Scala F.L.A.C.C., (Face, Legs, Activity, Cries, Consolability): Scala Comportamentale usata quando il bambino non è in grado di descrivere verbalmente il proprio dolore.

Per la valutazione del dolore nei pazienti adulti con problemi cognitivi o alterazioni dello stato di coscienza si suggeriscono la BPS (Behavioural Pain Scale) e la scala PAINAD costruita specificatamente per i pazienti con demenza.

Esistono anche scale multidimensionali il cui utilizzo è riservato a particolari situazioni e che deve essere valutato e concordato all'interno dell'equipe assistenziale.

Tra queste troviamo:

- Brief Pain Inventory (BPI): misura intensità e sollievo del dolore, disagio psicofisico e danno funzionale;
- McGill Pain Questionnaire, analizza la scelta delle descrizioni verbali effettuata dal paziente.

### Determinazione del valore soglia

È necessario stabilire un valore di soglia che corrisponde, secondo la letteratura, a un valore  $>3$  per la scala VAS e VNS, o  $>2$  per la scala VRS, il quale costituisce l'intensità oltre la quale è necessario un intervento terapeutico.

In alcuni casi particolari il medico all'ingresso, in particolare nei casi di dolore cronico sia oncologico che non, concorda con il paziente il valore soglia specifico oltre il quale intervenire con un trattamento farmacologico.

## Misurazione del dolore

La misurazione del dolore dovrebbe avvenire all'ingresso del paziente e poi almeno una volta per turno infermieristico (ad es.: h8, h15, h22) o più spesso, in relazione alla sua intensità. Se almeno due misurazioni consecutive indicano valori inferiori al valore di riferimento di dolore, non sono necessari ulteriori controlli.

La misurazione del dolore va ripresa se:

- intervengono eventi che modificano la situazione clinica;
- su segnalazione del paziente;
- sempre, comunque, dopo intervento che potrebbe essere doloroso per il paziente.

La misura del dolore dovrebbe essere registrata sempre anche al momento della dimissione e dovrebbe essere disponibile per la compilazione della relazione di degenza, al fine di garantire una continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

## Registrazione del dolore

Sono possibili differenti opzioni di registrazione del dolore nella cartella clinica, la cui scelta è subordinata alle esigenze delle singole realtà:

- spazio apposito per la registrazione dei dati nella cartella clinica cartacea o informatizzata;
- timbro ad hoc in cartella clinica;
- stampato dedicato o cartella algologica da allegare alla cartella clinica (ogni reparto può personalizzare il suo modulo).

Ogni reparto, attraverso la collaborazione ed integrazione medico – infermieristica, deve stabilire l'opzione più opportuna per la registrazione del dolore.

Per ogni giorno di degenza deve essere previsto lo spazio per la registrazione di almeno tre rilevazioni: lo standard è che lo staff infermieristico assicuri almeno tre valutazioni giornaliere (una per turno), salvo le indicazioni previste nel sottoparagrafo precedente.

Le valutazioni andranno annotate nelle apposite caselle e costituiranno un grafico dell'andamento del dolore del paziente durante il ricovero.

## Attivazione del medico ed eventuale adeguamento della terapia

L'infermiere, in caso di rilevazione di dolore superiore al valore soglia somministra la terapia sulla base della prescrizione dei protocolli, o di altre terapie secondo eventuali indicazioni già contenute nella scheda terapeutica del paziente.

Se però il controllo del dolore non viene raggiunto contatta il medico che valuterà l'opportunità di: prescrivere un altro trattamento antalgico.

Ogni trattamento antalgico impone una rivalutazione e una registrazione del punteggio del dolore dopo un intervallo di tempo congruo con il tipo di trattamento intrapreso.

## Livello di prestazione

### 1. Deliberazione

Adozione a livello aziendale del protocollo sulla misura del dolore, formazione e informazione prevista dall'Azienda all'interno dei corsi sul dolore.

### 2. Attuazione

Sono disponibili in reparto le scale per la valutazione.

Esiste uno spazio in cartella infermieristica per la misurazione del dolore.

È disponibile in reparto il protocollo per la gestione del dolore.

Sono presenti eventi formativi sulla gestione del dolore all'interno del Piano annuale di formazione dell'Azienda.

### 3. Valutazione

Cartella correttamente compilata con la registrazione di almeno 3 valutazioni al giorno del dolore.

Registrazione in cartella di un trattamento del dolore quando viene superata la soglia stabilita.

Presenza di protocolli sul trattamento del dolore che prevedano l'intervento automatico dell'infermiere nella somministrazione dei farmaci analgesici.

Presenza di cartelloni informativi e brochure sulla misura del dolore destinati agli utenti (vedi allegati n.1, n.2, n.3, n.4, n.5, n.6)

Vengono svolti corsi sul dolore che prevedano fra gli argomenti le corrette modalità per effettuare la misurazione (vedi allegati n. 7, n.8, n.9).

## Atti, normativa e bibliografia di riferimento

1. American Pain Society Quality Of Care Committee Consensus Statement. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *Jama*, 274(23), 1874-80, 1995.
2. Continuing Education In Algologia-"Misurazione e valutazione dell'esperienza di dolore" - Ed. Pse 03/2001
3. Raccomandazioni Del Gruppo Di Studio S.I.A.A.R.T.I. per La terapia del dolore acuto e cronico (Minerva Anestesiologica 2002).
4. Provvedimento 24 Maggio 2001 – Accordo tra il Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome sul documento linee guida inerenti il progetto ospedale senza dolore.
5. Progetto speciale "Il controllo e la cura del dolore" nel PSR toscano 2005-2007 Allegati da 1 a 9.