

PROCEDURA AZIENDALE
MISURA E GESTIONE DEL DOLORE

N. Revisione	Data	Motivo della revisione	Redatto	Verificato	Approvato
0	23/01/2013	Prima stesura	Referente Aziendale Buona Pratica TVP Daniela Castellani 	Clinical Risk Manager Laura Brunelli  Responsabile Sez Clinical Auditing Fabrizia Targi 	Direttore Dip. Progr. e Org. Servizi Sanitari Marco Picciolini 

PREMESSA

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 dannoso e dovrebbe essere eliminato.

La valutazione del dolore costituisce la base imprescindibile per un adeguato trattamento, in quanto è da considerare un parametro vitale a tutti gli effetti e come tale va misurato.

La sua gestione trova il suo razionale nell'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.

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura vuole garantire gli strumenti, le modalità ed i tempi più appropriati per la corretta misurazione e gestione del dolore, come da indicazioni della Regione Toscana.

La presente procedura aziendale viene applicata all'interno delle aree di degenza ordinaria, delle aree di Osservazione Breve, dei Pronto Soccorso e di tutti gli ambiti di ricovero ospedalieri, ambulatoriali e territoriali.

RIFERIMENTI NORMATIVI E REGOLAMENTARI:

- 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.
- Raccomandazioni Del Gruppo Di Studio S.I.A.A.R.T.I. per La terapia del dolore acuto e cronico (Minerva Anestesiologica 2002).
- Progetto speciale "Il controllo e la cura del dolore" nel PSR toscano 2005-2007 Allegati da 1 a 9.
- **DGR 1005/2008** introducendo la Buona Pratica de La misura e gestione del dolore.
- **Legge 15 marzo 2010, n. 38** "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 19 marzo 2010
- **Delibera Regionale n°578 del 11/07/2011** incarica le Aziende Sanitarie a predisporre attraverso le Direzioni Sanitarie Aziendali e i Responsabili della Gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza del Paziente, tutti gli adempimenti per la corretta applicazione delle Buone Pratiche.

MODALITA' OPERATIVE E RESPONSABILITA'

Le figure coinvolte ai vari livelli organizzativi sono:

- i Direttori dei Dipartimenti di Assistenza e Cura (DAC), ovvero i Responsabili delle singole strutture (UU.OO./UU.FF.) coinvolte, per quanto concerne la messa a punto di Istruzioni Operative inerenti l'applicazione dei requisiti minimi previsti, in ottemperanza alla presente Procedura aziendale;
- la Sezione di Clinical Auditing ovvero i Referenti della Buona Pratica La misura e gestione del dolore, per quanto concerne il supporto formativo ed informativo, il monitoraggio dell'attuazione e la valutazione degli indicatori;
- Il personale infermieristico che rileva, valuta e registra il dato dolore;
- Il personale medico e infermieristico che in collaborazione e integrazione gestiranno il dolore.

Istruzioni operative

Ogni struttura interessata può predisporre una apposita Istruzione Operativa (IO) definendovi, in ottemperanza alla presente procedura, gli strumenti (brochure, modulistica, informative...) e le modalità applicative della buona pratica nella specifica realtà.

Informazioni per l'utente

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

- il dolore **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 deve 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) è una scala lineare, che utilizza una rappresentazione visiva della gravità del dolore che il paziente avverte in base all'intensità del colore: 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** (NPS: Numeric Pain Rating Scale): è una 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 (0=assente; 1=lieve; 2=moderato; 3=forte; 4=atroce);

- 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 eventuale utilizzo è riservato a particolari situazioni che debbono essere valutate 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

Sebbene in letteratura siano già definiti i valori soglia (>3 per la scala VAS e NPS; >2 per la scala VRS) oltre i quali è indicato un intervento terapeutico, in alcuni casi particolari di dolore cronico, oncologico o meno, il medico concorda con il paziente, all’ingresso, uno specifico valore soglia oltre il quale intervenire.

Misurazione del dolore

La misurazione del dolore deve 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 chirurgico che potrebbe essere doloroso per il paziente.

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

In base a quanto stabilito dalla legge n°405/2001 è garantita l’erogazione diretta, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, al fine di garantire la continuità assistenziale, dei farmaci agli assistiti nella fase di dimissione dal ricovero ospedaliero o dalla visita specialistica ambulatoriale.

Registrazione del dolore

Sono possibili le diverse seguenti opzioni di registrazione del dolore nella cartella clinica, la cui scelta è subordinata alle esigenze delle singole realtà, concordata mediante collaborazione ed integrazione medico-infermieristica, ed esplicitata nella IO di struttura:

- 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 struttura può personalizzare il suo modulo).

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 sotto-paragrafo 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.

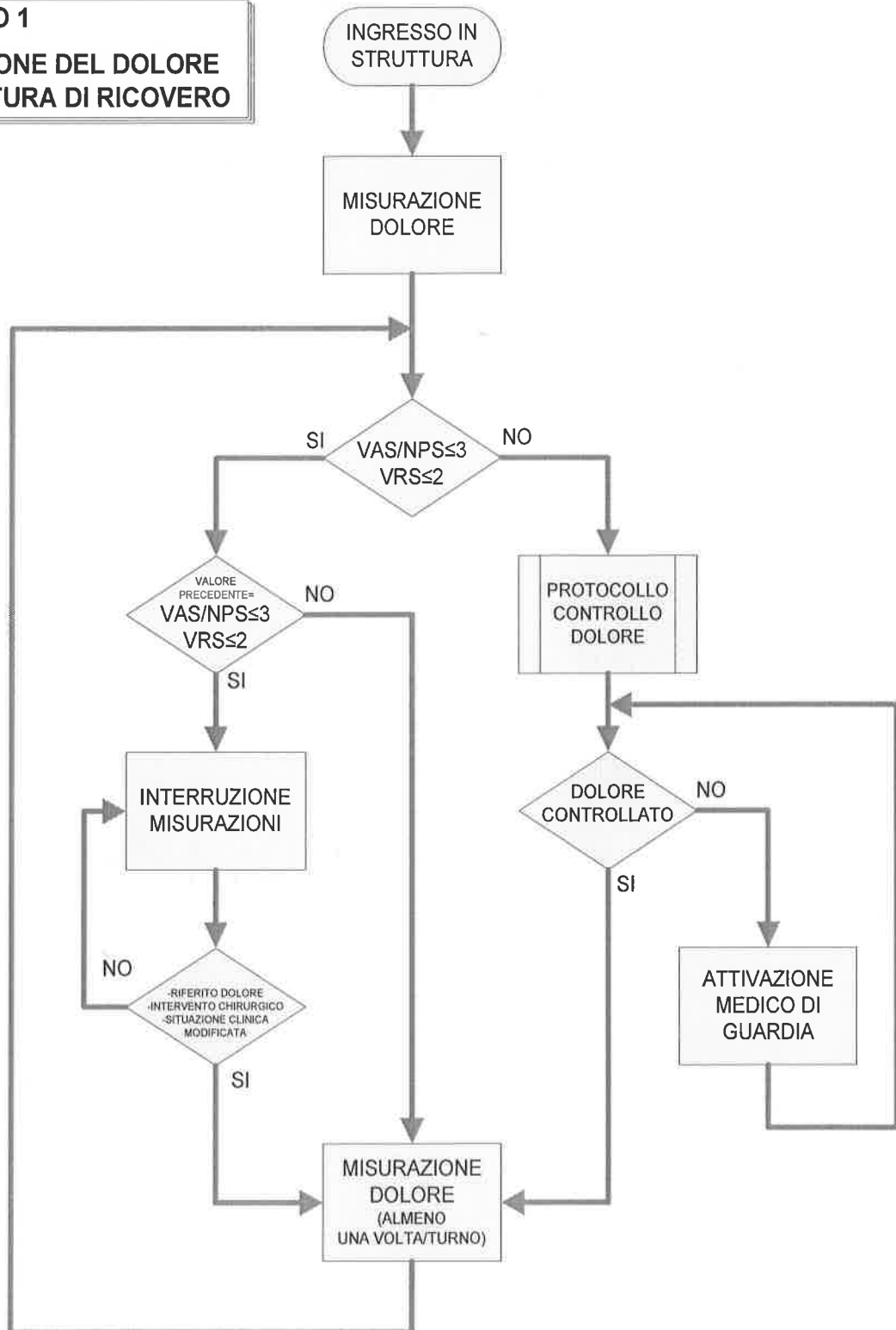
Ogni trattamento antalgico impone una rivalutazione e una registrazione del punteggio del dolore dopo un intervallo di tempo congruo con il tipo di trattamento intrapreso.

ALLEGATI:

1 – Misurazione del dolore in struttura di ricovero – Diagramma di flusso

2 - Misurazione del dolore domiciliare o territoriale – Diagramma di flusso

ALLEGATO 1
MISURAZIONE DEL DOLORE
IN STRUTTURA DI RICOVERO



ALLEGATO 2
MISURAZIONE DEL DOLORE
DOMICILIARE O TERRITORIALE

