

INDICE

1. SCOPO.....	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3. RESPONSABILITÀ.....	2
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE	2
5. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI	3
6. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	3
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	4
7.1. PREMESSA.....	4
8. DEFINIZIONI.....	5
9. GESTIONE DEL DOLORE.....	7
10. CONTROLLO DEL PAZIENTE SEDATO.....	7
11. FORMAZIONE DEL PERSONALE	7
12. EDUCAZIONE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI.....	8
13. MODALITÀ DI INFORMAZIONE:	8
14. INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELLA PROCEDURA.....	9
15. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	9
15.1. Riferimenti normativi.....	9
15.2. Riferimenti bibliografici e sitografici.....	9

RE V.	REDATTA DA DS		VERIFICATA RQ		APPROVATA DS	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	05.10.2017	//	08.10.2017	//	10.10.2017	//
01	25.09.2022	//	28.09.2022	//	29.09.2022	//
02	26.01.2023	//	28.01.2023	//	01.02.2023	//
03	09.05.2023	<i>Festa Sedecima</i>	09.05.2023	<i>Cefalynne Per</i>	09.05.2023	<i>Festa Sedecima</i>

1. SCOPO

Il presente documento illustra nel dettaglio le modalità che devono essere seguite nello svolgimento di alcune attività che hanno diretto impatto sulla sicurezza del paziente e sulla qualità della prestazione sanitaria, nonché il piano di lavoro quotidiano di infermieri ed ausiliari.

- Fornire un’adeguata valutazione e gestione del sintomo dolore per gli utenti che accedono nelle UU.OO. Aziendali.
- Fornire indicazioni al personale sulla gestione di questi pazienti.
- Garantire omogeneità e efficacia delle prestazioni erogate da tutti gli Operatori sanitari, per la gestione del dolore nell’utente adulto e pediatrico.

Il presente documento si pone come Obiettivi Specifici:

- *introdurre la scala di valutazione numerica verbale VAS*
- *introdurre la rivalutazione del dolore durante la permanenza dell’utente nel setting sanitario previsto.*

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le attività di valutazione del dolore a domicilio rivolte ai pazienti afferenti le cure domiciliari integrate di I, II e III livello.

3. RESPONSABILITÀ

Il responsabile della corretta attuazione di questo protocollo PT.8.5.ASS_11 è il Direttore Tecnico.

La responsabilità nell’ esecuzione delle attività è affidata ai seguenti operatori:

RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ
Medico	Effettua la valutazione del dolore e valuta l’efficacia del piano terapeutico
Infermiere	Rivaluta la valutazione del dolore insieme al medico

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Direttore Sanitario;
- Responsabile Qualità
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;

- Fisioterapisti;
- Infermieri;
- medici
- o.s.s.
- Presidente CdA
- Consiglieri Delegati
- Direttore Amministrativo
- Direttore Operativo
- Direttore Tecnico
- Responsabile Formazione
- Coordinatore Infermieristico
- Coordinatore Fisioterapisti
- Coordinatore Amministrativo
- Tutti gli operatori domiciliari

5. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- DS: Direttore Sanitario
- DO: Direttore Operativo
- DT: Direttore Tecnico
- RF: Responsabile Formazione
- RQ: Responsabile Qualità
- CI: Coordinatore Infermieristico
- CFKT: Coordinatore Fisioterapisti
- PR: Presidente
- CD: Consigliere Delegato
- DA: Direttore Amministrativo
- CA: Coordinatore Amministrativo
- RU: Responsabile URP
- RIC: Responsabile Prevenzione delle ICA

6. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Nello specifico tutti i documenti del sistema organizzativo quindi non solo quelli inerenti il sistema di qualità sono diffusi e condivisi tra gli operatori nelle seguenti modalità:

- Avviso per mail a tutti gli operatori interessati dal tema dell'introduzione di nuovi documenti
- Condivisione del documento tramite drop box; il documento sarà salvato in PDF per tutelarne la protezione e l'immodificabilità
- Ogni operatore avrà delle credenziali di accesso alla cartella condivisa

- Eventuali documenti che hanno una valenza pubblica (che possono e/o devono essere conosciuti da tutti) potranno essere anche pubblicati nel sito web.

Per quanto riguarda la stesura dei documenti del sistema di Gestione per la qualità e l'accreditamento sarà l'ufficio qualità che supporterà i servizi interessati ad elaborare tali procedure. Lo stesso ufficio si occuperà di distribuire per mail alle centrali operative i nuovi documenti e, a loro volta, si occuperanno di farli pervenire a tutti gli operatori.

L'operatore, una volta ricevuto il documento, dovrà scaricarlo il contenuto ed inviare l'ok di avvenuta ricezione alla centrale operativa inviante.

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

7.1. PREMESSA

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), la Salute è *"Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità."* L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore: *"Una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale. Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva. Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate ad una lesione durante i primi anni di vita. Sicuramente si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una carica emozionale"*.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) insiste sulla necessità di trattare questo sintomo e il consumo di morfina in terapia è indicato come parametro di avanzamento sociale di una nazione.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JACHO) richiede, nei suoi standard di qualità, che tutti i pazienti vengano valutati per il dolore e che di conseguenza ne abbiano un trattamento adeguato. L'ultima revisione dei criteri di accreditamento all'eccellenza clinica (che riguarda non solo il progresso scientifico e tecnico ma anche il progresso relazionale ed umano) elaborata dalla Joint Commission americana attribuisce grande rilevanza alla gestione del dolore in tutte le sue manifestazioni. I punti chiave delle linee guida per il trattamento del dolore - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations - sono:

1. Diritto del paziente ad essere trattato contro il dolore
2. Valutare e documentare presenza, natura ed intensità del dolore in tutti i pazienti (VI segno vitale unitamente a pressione sanguigna, polso, temperatura e frequenza respiratoria, saturazione)
3. Assicurare la competenza del personale nella valutazione e trattamento del dolore
4. Stilare protocolli per un adeguato trattamento del dolore
5. Educare i pazienti e i familiari per un effettivo controllo del dolore
6. Soddisfare i bisogni del paziente per il trattamento dei sintomi dopo la dimissione¹.

8. DEFINIZIONI

DOLORE: è una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva che può associarsi ad un danno tessutale. Il dolore può includere una gamma di sensazioni fisiche e mentali, come sofferenza, tensione, torpore e bruciore.

Queste sensazioni possono essere di diversa intensità, persistenza ed origine e possono essere gestite in diversi modi.

Il mancato sollievo del dolore può avere effetti deleteri a livello sia fisiologico che psicologico. Per esempio, il dolore interferisce significativamente con la motilità, il sonno, la nutrizione, la concentrazione ed i rapporti sociali, causando ansietà ed angoscia. Il dolore può essere acuto o cronico. Il dolore acuto è causato da una ferita, da una malattia o da un intervento chirurgico. Generalmente dura meno di sei mesi, e di solito scompare una volta che la sua causa sia stata trattata o sia avvenuta la guarigione.

Di norma il dolore acuto risponde al trattamento farmacologico e ad altri interventi non farmacologici. Il dolore acuto va considerato un evento positivo, in quanto si configura come un processo finalistico per salvaguardare l'integrità fisica.

Comunque, la mancata rilevazione di un dolore acuto può condurre a problemi di dolore cronico, che si traducono in un reingresso in ospedale, visite ambulatoriali o presso il pronto soccorso, ed aumento dei costi. Il dolore cronico perdura oltre il tempo previsto per la guarigione, tipicamente sei mesi o più.

È un dolore persistente che può essere associato ad una malattia cronica o con una condizione clinica inguaribile. Esso perde la sua iniziale funzione di segnale d'allarme e diventa sofferenza ingiustificata con coinvolgimento emotivo-psicologico, che tende a perpetuare e peggiorare il sintomo.

In sede di valutazione del dolore del paziente è necessario indagare:

- *Sede*
- *Intensità*
- *Insorgenza*
- *Durata*
- *Concomitanza*
- *Sintomi associati*
- *Comportamenti*

La valutazione del dolore In primo luogo è necessario definire:

- *Cosa si intende per valutazione iniziale e rivalutazione del dolore;*
- *La gestione del dolore come parte importante della cura, tenendo presente la cultura, la religione, le credenze etc. della persona con dolore,*
- *Il piano di formazione per i professionisti che si occupano della valutazione e della gestione del dolore;*

- *L'educazione al paziente con dolore e, laddove appropriato, l'educazione ai familiari.*

Il dolore va valutato considerandolo il "VI parametro vitale", dopo la temperatura corporea, il battito cardiaco, la pressione arteriosa, gli atti respiratori, la saturazione.

Prima Valutazione: La valutazione del dolore deve essere effettuata entro le 24 ore dall'ingresso del paziente dal medico che effettua la valutazione della sede, dell'intensità, della suscettibilità, dell'irradiazione, delle caratteristiche, delle modalità d'insorgenza e della durata del dolore, del tempo d'insorgenza e delle modalità di risposta ad eventuali precedenti terapie antalgiche.

Questa valutazione deve essere riportata nella cartella clinica del paziente.

Rivalutazione L'andamento del dolore viene valutato dall'infermiere e riportato sul grafico che considera esclusivamente l'intensità del dolore. Per valori superiore a 4 l'infermiere avvisa il medico per attivare o revisionare la terapia antalgica. In caso di terapia antalgica, la rivalutazione viene effettuata 30'-60' dopo la somministrazione.

Per quanto riguarda i pazienti con un dolore cronico, per esempio dovuto all'artrite o al cancro, il medico effettua una valutazione del dolore ogni volta che valuta il paziente.

Nelle valutazioni successive il medico valuta l'efficacia del piano terapeutico e, nel caso in cui il dolore non si sia affievolito, indaga se il dolore sia correlato all'aggravarsi della malattia, ad una nuova causa, o al trattamento.

Come valutare l'intensità del dolore Essendo un'esperienza soggettiva, l'autovalutazione dell'utente è da considerarsi la regola per la misurazione del dolore. Infatti, numerosi studi hanno evidenziato la sottostima derivante da una valutazione esterna: infermieristica e medica. La valutazione esterna rimane indispensabile per le persone che non sono in grado di esprimersi, i neonati e i bambini, handicappati mentali, anziani con demenza.

Le caratteristiche di un test valido sono:

- *Facilità di utilizzo*
- *Velocità di registrazione e elaborazione dei dati.*
- *Comprensibile a tutti*
- *Deve soddisfare i criteri di:*
 - A. Validità: il grado in cui un test valuta ciò che intende misurare.
 - B. Sensibilità: evidenzia i cambiamenti relativi alla terapia.
 - C. Affidabilità o grado di ripetibilità: il test deve essere ripetibile in circostanze simili.

È possibile utilizzare una scala analogica visiva 0-10, in cui 0 è l'assenza del dolore e 10 è il massimo dolore ipotizzabile. Visual Analogue Scale (VAS) + (NRS) Scala Numerica Verbale.

Per la valutazione del dolore nei bambini e nei pazienti con gravi deficit cognitivi viene utilizzata la scala di Wong-Baker con la rappresentazione grafica di 6 gradi di dolore.

Nella somministrazione della scala non si devono dare suggerimenti (non chiedere al paziente di dare un “voto” al proprio dolore). Ogni professionista deputato alla valutazione del dolore deve utilizzare la scala di valutazione del dolore 0-10 e la scala di Wong-Baker.

9. GESTIONE DEL DOLORE

Il sintomo dolore è un importante punto di riferimento nella formulazione delle diagnosi, specie in urgenza; anche per questo la politica dei medici in urgenza è stata sempre improntata ad un insufficiente trattamento di questo sintomo, nel timore di un “mascheramento” della diagnosi; ciò era specialmente vero per il dolore addominale.

Questo approccio tuttavia non è supportato da evidenza scientifica ed è quindi incoraggiato un trattamento almeno parziale del sintomo anche in fase diagnostica; in ogni caso una volta raggiunto un sufficiente grado di approfondimento diagnostico, il trattamento del dolore deve essere immediato e il più possibile completo. Per quanto riguarda la terapia antalgica, è possibile utilizzare la “Analgesic Ladder” di seguito riportata.

Il primo scalino è utilizzato quando il dolore è lieve e prevede la somministrazione di paracetamolo o farmaci antinfiammatori, i cosiddetti FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei), come la nimesulide, il diclofenac, l’ibuprofene, il ketorolac ecc.

Il secondo scalino è utilizzato quando il dolore è lieve-moderato, e prevede l’uso degli oppioidi deboli, ai quali possono essere associati i FANS o il paracetamolo.

Il terzo scalino viene invece utilizzato in presenza di un dolore moderato-severo e prevede la somministrazione di oppioidi forti ai quali possono essere associati i FANS o il paracetamolo, per migliorarne l’efficacia.

10. CONTROLLO DEL PAZIENTE SEDATO

Il controllo del paziente consiste nel valutare l’intensità del dolore ed il suo stato di sedazione. Queste valutazioni si possono eseguire attraverso lo stimolo verbale e con un analogo sistema di controllo usato per il dolore. Gli stati di sedazione sono i seguenti: 0 = paziente sveglio; 1 = assopito, ma risvegliabile con uno stimolo verbale; 2 = assopito, ma risvegliabile con uno stimolo doloroso; 3 = assopito, difficilmente risvegliabile. Se lo stimolo verbale ed il sistema di controllo della sedazione hanno un punteggio uguale a 3, è necessario chiamare il medico anestesista, così come se comparissero segni neurologici come agitazione improvvisa o allucinazioni; considerare questo supporto anche se comparissero segni gastroenterici quali nausea o vomito violento.

11. FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione del personale in merito alla gestione del dolore deve prevedere i seguenti momenti formativi:

- valutazione delle competenze del personale neoassunto in merito alla valutazione ad alla gestione del dolore;
- corsi di formazione per i neoassunti e per tutti i professionisti deputati alla valutazione del dolore;
- distribuzione di materiale informativo;
- gruppi di discussione. Gli argomenti trattati durante i corsi di formazione devono riguardare:
- terapie farmacologiche: tipologie di farmaci, dosaggi raccomandati, vie di somministrazione;
- interventi non- farmacologici: terapie fisiche e tecniche cognitive comportamentali;
- strumenti di valutazione;
- pregiudizi su dipendenza, assuefazione ed effetti collaterali degli analgesici;
- normativa vigente in materia di farmaci stupefacenti;
- particolari bisogni di specifiche categorie di pazienti (anziani, bambini, malati di AIDS/cancro, malati terminali);
- importanza della possibilità per il paziente di parlare del proprio dolore;
- riluttanza a riferire dolore e ad assumere analgesici;
- uso di oppioidi in pazienti con patologie croniche non maligne;
- ruolo dell'infermiere e del medico.

12. EDUCAZIONE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI

Nell'educazione del paziente e della sua famiglia è necessario tenere conto dei valori e delle credenze, del grado di istruzione, della condizione emotiva, di possibili deficit fisici o cognitivi e delle eventuali implicazioni economiche delle scelte di cura.

Un'adeguata educazione può apportare al paziente numerosi benefici, tra cui la diminuzione della percezione del dolore, della paura della dipendenza e dell'ansia e l'aumento dell'utilizzo di farmaci appropriati.

Riteniamo che le persone che si aspettano un trattamento del dolore e sanno come richiederlo, hanno maggiori possibilità di ricevere una terapia adeguata.

Nella dimissione di un paziente con terapia analgesica vanno considerati i seguenti punti:

- *modalità di comunicazione col personale;*
- *opzioni terapeutiche;*
- *definizioni di dipendenza ed assuefazione;*
- *strumenti di valutazione del dolore;*
- *effetti negativi della mancata rilevazione del dolore;*
- *terapie antalgiche farmacologiche e non-farmacologiche;*
- *istruzioni di follow-up in merito alla gestione del dolore a domicilio.*

13. MODALITÀ DI INFORMAZIONE:

- *dare informazioni prima del ricovero perché durante il ricovero il paziente tende ad avere difficoltà ad assimilare nozioni nuove per via dell'ansia;*
- *effettuare una verifica del livello di apprendimento;*
- *comunicare lo stesso concetto più di una volta e con modalità diverse*
- *l'educazione può essere rivolta ad un singolo paziente o a piccoli gruppi;*
- *le informazioni devono essere espresse in modo comprensibile, tenendo conto della patologia e di altri possibili ostacoli all'apprendimento.*

14. INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELLA PROCEDURA

- N. di pazienti valutati sul numero di pazienti assistiti
 - 100%
- N. di pazienti con sintomi sotto controllo sul numero di pazienti trattati per il dolore
 - 100%

15. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

15.1. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto Assessoriale Regione Sicilia n° 875 del 03 settembre 2021 per la definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento dei soggetti erogatori di cure domiciliari.
- La Legge 38 del 15 marzo 2010

15.2. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

- https://www.sicp.it/wpcontent/uploads/2018/12/3_web_version_eapc_opioid_guide_lines_2012.pdf
- https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2021/02/WHO_Guidelines-on-the-management-of-chronic-pain-in-children-2020.pdf
- https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2021/01/Dolore_Oncologico_web_05601.pdf
- <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576%23Pain#Pain>
- Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, et al. Assessment of pain. British Journal of Anaesthesia. 2008;101(1):17-24.
- Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. Eur Spine J. 2006;15(S1):S17-S24.
- Von Korff M, Jensen MP, Karoly P. Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research: Spine. 2000;25(24):3140-3151.
- Hush JM, Refshauge KM, Sullivan G, De Souza L, McAuley JH. Do Numerical Rating Scales and the Roland-Morris Disability Questionnaire capture changes that are meaningful to patients with persistent back pain? Clin Rehabil. 2010;24(7):648-657.
- Jensen MP, Johnson LE, Gertz KJ, Galer BS, Gammaitoni AR. The words patients use to describe chronic pain: Implications for measuring pain quality: Pain. 2013;154(12):2722-2728.
- Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: visual analog scale for pain (Vas pain), numeric rating scale for pain (Nrs pain), mcgill pain

questionnaire (Mpq), short-form mcgill pain questionnaire (Sf-mpq), chronic pain grade scale (Cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf. Arthritis Care Res. 2011;63(S11):S240-S252.

- Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, et al. Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011;41(6):1073-1093.
- Farrar JT, Portenoy RK, Berlin JA, Kinman JL, Strom BL. Defining the clinically important difference in pain outcome measures: *Pain*. 2000;88(3):287-294.
- Childs JD, Piva SR, Fritz JM. Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain: *Spine*. 2005;30(11):1331-1334.
- Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales: *Pain rating scales*. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(7):798-804.
- Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology*. 1971;34(1):50-59.
- Melzack R. The mcgill pain questionnaire: major properties and scoring methods: *Pain*. 1975;1(3):277-299.
- Maiani G, Sanavio E. Semantics of pain in Italy: the Italian version of the mcgill pain questionnaire: *Pain*. 1985;22(4):399-405.
- Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases: *Pain*. 1983;17(2):197-210.
- Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (Painad) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2003;4(1):9-15.
- Costardi D, Rozzini L, Costanzi C, et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (Painad) scale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007;44(2):175-180.
- Tomlinson D, von Baeyer CL, Stinson JN, Sung L. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *PEDIATRICS*. 2010;126(5):e1168-e1198.
- Bieri D, Reeve RA, Champion DG, Addicoat L, Ziegler JB. The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties: *Pain*. 1990;41(2):139-150.
- Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale - Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement: *Pain*. 2001;93(2):173-183.
- de Tovar C, von Baeyer CL, Wood C, Alibeu J-P, Houfani M, Arvieux C. Postoperative self-report of pain in children: interscale agreement, response to analgesic, and preference for a faces scale and a visual analogue scale. *Pain Research and Management*. 2010;15(3):163-168.
- Garra G, Singer AJ, Taira BR, et al. Validation of the wong-baker faces pain rating scale in pediatric emergency department patients. *Academic Emergency Medicine*. 2010;17(1):50-54.
- Garra G, Singer AJ, Domingo A, Thode HC. The wong-baker pain faces scale measures pain, not fear: *Pediatric Emergency Care*. 2013;29(1):17-20.



**PROTOCOLLO ASSISTENZIALE
VALUTAZIONE DEL DOLORE A DOMICILIO**

Codice documento:
PT.8.5.ASS_11
Emesso il 10.10.2017
Rev.03 del 09.05.2023
Pag. 11 a 11