
 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 1 di 18



RACCOMANDAZIONI AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE

REDAZIONE	VERIFICA E CONTROLLO	APPROVAZIONE	Repertorio Interno
Comitato Ospedale e Territorio Senza Dolore	Direttore Dip. di Governance Dr. Eugenio Gabardi	Direttore Sanitario Dr. Claudio Dario	Data:
DOCUMENTO PRECEDENTE	CAUSALE DELLA REVISIONE		
Linee di indirizzo aziendali per la gestione del dolore – 2015	Aggiornamento contenuti Inserimento indicazioni e strumenti informativi per educazione pazienti e caregiver		
REPERIBILITÀ DEL DOCUMENTO		PAROLE CHIAVE	
Internet: Operatori e partner/ Comitati e Aree tematiche/Controllo del dolore/ https://www.apss.tn.it/ospedale-senza-dolore		Controllo dolore	


 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> <i>Provincia Autonoma di Trento</i>	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 2 di 18

Componenti del gruppo di lavoro del Comitato Ospedale e Territorio Senza Dolore

Cognome e Nome	Qualifica	Struttura di appartenenza
Monterosso Michela (coordinatore)	Direttore ff.	Serv. Governance clinica – Dipartimento di Governance
Allegretti Maria Grazia	Farmacista	Direzione Medica Ospedale di Trento
Bortolameotti Bianca	Coordinatore infermieristico	Servizio Governance dei Processi assistenziali e riabilitativi
Bresciani Federica	Coordinatore infermieristico	UO Cure primarie, ambito Centro Nord
Concini Sara	Collaboratore amministrativo	Servizio Governance clinica - Dipartimento di Governance
Manco Anna Cristina	Coordinatore infermieristico	UO Oncologia medica Ospedale di Trento
Noro Gabriele	Direttore	UO Geriatria Ospedale di Trento
Pironi Anna	Rappresentante Cittadinanza attiva	
Roni Riccardo	Direttore	Serv. Politiche del farmaco, Dipartimento di Governance
Selmi Silvana	Dirigente psicologo	UO Psicologia
Tabarelli Rosanna	Assistente sanitario	Serv. Governance dei processi assistenziali - Dipartimento di Governance


Hanno collaborato:

Cognome e Nome	Qualifica	Struttura di appartenenza
Brugnolli Anna	Direttore	Polo Universitario Professioni Sanitarie
Vivori Cinzia	Infermiere	Dipartimento di Prevenzione

 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 3 di 18

INDICE

1. INTRODUZIONE	4
2. SCOPO	5
3. AMBITO DI APPLICAZIONE.....	5
4. ACRONIMI E DEFINIZIONI	6
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	8
6. DOCUMENTAZIONE.....	15
7. MONITORAGGIO	15
8. FLOW CHART.....	16
9. DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE	17
10. ALLEGATI.....	17
11. ELENCO DEI DESTINATARI.....	17
12. RIFERIMENTI.....	18

 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 4 di 18

1. INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che il 20% della popolazione vive con un dolore cronico¹ la cui gestione costituisce una priorità sanitaria. In Europa, secondo la dichiarazione dell'European Federation of IASP Chapters (EFIC), il 25% della popolazione adulta risulta affetto da dolore cronico con significativi riflessi sulla qualità e stili di vita e sulle sfere cognitiva, affettiva relazionale e comportamentale. E' stato dimostrato che i costi sociali complessivi del dolore cronico (costi dei servizi sanitari e dei farmaci, assenteismo dal lavoro, mancato guadagno, improduttività nell'economia e a casa, oneri finanziari per la famiglia, per gli amici e per i datori di lavoro, costi per indennizzi al lavoratore e pagamento degli oneri previdenziali) sono superiori a quelli rilevati in corso di neoplasie, malattie cardiovascolari e AIDS.

Il dolore è molto frequente anche nei pazienti ricoverati in ospedale, con prevalenza elevata (43% – 56 %); solo nel 40-50 % dei casi il dolore è però trattato in modo soddisfacente mentre potrebbe essere controllato almeno nel 90% dei casi. La situazione è peggiore per i pazienti che hanno minori possibilità di far valere i propri diritti come neonati, anziani, persone con deterioramento cognitivo medio grave e cerebropatici.

Da anni ormai la ricerca evidenzia come il dolore faciliti l'instaurarsi di complicanze respiratorie, gastrointestinali e psicologiche e contribuisca a prolungare la durata della degenza e come tali rischi e complicanze siano più elevati rispetto a quelli del trattamento con analgici.


In Italia, la legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" ha affermato i principi di tutela e garanzia all'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, di rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, di equità nell'accesso all'assistenza, di qualità e appropriatezza delle cure. In particolare, la legge 38/2010 prevede l'attivazione di Reti per le cure palliative e per la terapia del dolore, la semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore, la necessità di rilevare tutte le caratteristiche del dolore e di darne evidenza nella documentazione clinica e la necessità di formazione del personale sanitario.

In provincia di Trento, sono state costituite la Rete Cure Palliative, la Rete Terapia del Dolore e la Rete terapia del dolore e Cure palliative pediatriche. Esiste inoltre, a livello provinciale, l'organismo "Coordinamento provinciale delle reti".

Il Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore (COTSD) della APSS, alla luce delle disposizioni normative, delle più recenti indicazioni della letteratura, degli standard qualitativi dei principali sistemi di certificazione volontaria, oltre che delle esigenze rappresentate dalle associazioni dei cittadini², ha elaborato queste Raccomandazioni che aggiornano il documento del Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore "Linee di indirizzo aziendali per la gestione del dolore" – 2015.

¹ The Lancet, 25 June 2011

² La Carta dei diritti sul dolore inutile del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva

 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 5 di 18

2. SCOPO


Scopo del documento è:

- garantire in maniera omogenea il diritto all'accertamento, valutazione e gestione del dolore a tutte le persone che si rivolgono ai servizi sanitari presenti sul territorio provinciale;
- sensibilizzare gli operatori sanitari alla prevenzione del dolore e alla sofferenza della persona;
- migliorare la consapevolezza degli operatori sanitari rispetto alle influenze personali, culturali e sociali che possono incidere sulla gestione del dolore, oltre che sul diritto della persona a segnalare il dolore;
- promuovere l'appropriata gestione del dolore attraverso il raggiungimento dei seguenti esiti:

- il dolore è valutato in tutti i pazienti al momento della presa in carico, rilevato tre volte al giorno nei contesti per acuti, almeno una volta al giorno negli altri setting di cura residenziali, almeno settimanalmente o secondo la frequenza degli accessi nelle cure domiciliari; il dolore è comunque valutato sempre nei seguenti casi:
 - quando intervengono eventi che modificano la situazione clinica
 - quando il paziente (o familiare) segnala la presenza di dolore
 - dopo un intervento sanitario che risulta essere doloroso
- a tutti i pazienti è garantito un controllo del dolore con intensità inferiore a 4 durante il movimento (deambulare, girarsi nel letto), lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (ADL) e la respirazione profonda;
- nell'anziano con moderata / grave demenza il dolore è sempre valutato – durante il movimento/attività - con l'utilizzo di scale osservazionali (es. PAINAD), la raccolta anamnestica di patologie dolorose e la percezione del dolore fornita dal caregiver;
- il trattamento del dolore garantisce un controllo, ovvero una intensità di dolore inferiore a 4 per tutto l'arco delle 24 ore, durante il movimento, le ADL e la respirazione profonda attraverso:
 - terapia ad orari regolari per dolore cronico, post-operatorio, ..
 - somministrazione di terapia al bisogno esclusivamente per le crisi acute (breakthrough pain o dolore incidente)
- è garantito un trattamento locale o sistemico associato a tecniche di distrazione per evitare il dolore procedurale o da manovre invasive;
- la terapia di "soccorso" - per dolore pari/superiore a 4 - è garantita entro 5-10 minuti;
- sono utilizzate preferibilmente le vie di somministrazione dei farmaci meno dolorose, evitando in particolare la via intramuscolare.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

Le Raccomandazioni sono rivolte agli operatori sanitari di tutte le strutture, i servizi, gli ambulatori della APSS e ai soggetti privati convenzionati che insistono sul territorio provinciale.

 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 6 di 18

4. ACRONIMI E DEFINIZIONI

ACRONIMI

ADL	Attività di vita quotidiana
COTSD	Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore
FANS	Farmaci antinfiammatori non steroidei
NRS	Scala Numerica (Numerical Rating Scale)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OPQRST	Onset (inizio del dolore), Provocation/Pallation (fattori provocanti/ allevianti il dolore), Quality (qualità, tipo di dolore), Region/Radiation (sede/irradiazione del dolore), Severity (severità/intensità del dolore), Time (durata del dolore)
PAINAD	Scala Pain Assessment in Advanced Dementia
TENS	Stimolazione elettrica nervosa transcutanea (TransCutaneous Electrical Nerve Stimulation)
VAS	Scala Analogica visiva (Visual Analogue Scale)

DEFINIZIONI

Approccio multidisciplinare e presa in carico interprofessionale. Strategie elaborate dall'équipe di professionisti di diverse discipline, le cui competenze garantiscono un approccio integrato, interdisciplinare, per un'efficace presa in carico della persona con dolore/sofferenza globale.


Coordinamento provinciale delle Reti. Organismo che costituisce una “cabina di regia” provinciale con l'obiettivo di garantire indirizzo, raccordo operativo e monitoraggio delle reti provinciali di Cure palliative e Terapia del dolore.

Dolore. Esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E' un'esperienza individuale e soggettiva, cui concorrono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito.³ Può essere classificato in base al fattore eziologico e definito in vari modi in base all'eziopatogenesi, alla durata e alla localizzazione.

Rete Cure Palliative. Aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali.

Rete Terapia del Dolore. Aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo.

³ International Association for the Study of Pain (IASP) - 1986

 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 7 di 18


Rete Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrica. Aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in ambito territoriale ed ospedaliero.

Scala OMS (The WHO 3-Step Model for Pain Management). Scala a tre gradini introdotta nel 1986 per la gestione farmacologica del dolore, in prima istanza applicabile al dolore oncologico e utilizzata successivamente anche per il dolore non oncologico.

Strumenti per la valutazione del dolore. Strumenti validati per valutare l'intensità del dolore (scale unidimensionali) o, in aggiunta, altre caratteristiche del dolore come la localizzazione, il tipo e la frequenza (scale multidimensionali).

Trattamento analgesico empirico (analgesic trial). Trattamento farmacologico appropriato all'intensità presunta del dolore, basato sulla patologia del paziente e sui precedenti trattamenti. E' intrapreso qualora nel paziente con deficit cognitivo grave i comportamenti da dolore persistano dopo aver escluse o trattate altre possibili cause.

Valutazione e rivalutazione del dolore. Processo multidimensionale, in parte sequenziale e in parte sincrono, che prevede la valutazione di tutte le componenti della sofferenza, sia a livello fisico che psicologico, sociale e spirituale. La presa in carico deve avvenire secondo tappe definite che comprendono l'anamnesi multidimensionale, la valutazione tramite strumenti appropriati, la definizione di obiettivi condivisi con la persona, la pianificazione degli interventi e la rivalutazione di quanto attuato.

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 8 di 18

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

VALUTAZIONE DEL DOLORE

Il dolore è considerato il "5°segno vitale"⁴, quindi va accertato con la stessa sistematicità di respiro, polso, pressione arteriosa e temperatura corporea al fine di intraprendere un trattamento pronto ed efficace.

Tutte le persone hanno diritto ad una valutazione del dolore quando accedono ai servizi sanitari (ospedali, ambulatori) oltre che a domicilio.

Il dolore è caratterizzato da una forte componente soggettiva, poiché la sofferenza è influenzata da numerosi fattori individuali, come avvalorato anche dalla letteratura. Per intervenire nella maniera più adeguata, gli operatori hanno il dovere di ascoltare, prestare fede e tenere nella massima considerazione la sofferenza espressa. Il cittadino deve essere libero di riferire il dolore provato, con la terminologia che gli è propria, e assecondando le proprie sensazioni, senza temere il giudizio dell'operatore, che deve impegnarsi ad interpretare al meglio quanto il paziente cerca di comunicare. (Carta dei diritti sul dolore inutile - Cittadinanza attiva).

a) Riconoscere, rilevare e svelare il dolore

Riconoscere la presenza di dolore è la prima tappa dell'accertamento basata su i seguenti elementi:


- **credere** alla persona rispetto a quanto riferito sul dolore;
- utilizzare modalità di **self report** (autoriferito dalla persona che lo prova); nè l'osservazione del comportamento, nè la rilevazione dei parametri vitali possono sostituire quello che la persona riferisce rispetto al proprio dolore;
- **valutare la presenza di dolore durante il movimento, le ADL e la respirazione profonda.** E' fondamentale verificare la presenza di dolore mentre la persona attua semplici attività di vita quotidiana come lavarsi, girarsi nel letto, camminare e mentre effettua un respiro profondo;
- **usare i Proxy Pain Ratings** (dolore riferito dal caregiver) solo nel caso di persona non in grado di riferire il proprio dolore.

b) Valutare il dolore

Oltre che al momento della valutazione iniziale del paziente (accesso alle cure), è raccomandato rilevare la presenza/assenza di dolore (screening):

- nei setting assistenziali di degenza per acuti (ospedali), in Hospice, in strutture per la riabilitazione e nelle cure intermedie: **una volta per turno** ;
- nelle strutture di lungodegenza, strutture residenziali: **una volta al giorno**;
- negli ambulatori specialistici e dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta: **ad ogni accesso del paziente in ambulatorio**;

⁴ American Pain Society 1996

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 9 di 18

- nei servizi domiciliari: **almeno settimanalmente** o comunque in base alla frequenza degli accessi al domicilio del paziente.

Comunque, in tutti i setting il dolore deve essere accertato:

- quando intervengono eventi che modificano la situazione clinica;
- su segnalazione del paziente/caregiver, oppure quando si sospetta il dolore in una persona che non è in grado di comunicare (insorgenza di delirium ipo o iper attivo, agitazione psico motoria, ecc...);
- dopo un intervento/procedura che potrebbe essere doloroso.

In presenza di dolore vanno accertate **tutte le dimensioni del dolore**:

- sede
- irradiazione
- periodicità
- intensità
- qualità (tipologia)
- segni e sintomi associati
- fattori allevianti e aggravanti
- impatto sulle attività quotidiane
- aspettative della persona
- effetto dei precedenti trattamenti (anamnesi algologica clinica, farmacologica, non farmacologica)

Per l'accertamento delle dimensioni del dolore può risultare utile l'utilizzo dell'acronimo OPQRST (*allegato n.1*).

Sono disponibili diversi strumenti che aiutano i sanitari nell'accertamento e valutazione del dolore. E' raccomandato usare prevalentemente strumenti basati sul self report in quanto la persona stessa è fonte primaria per l'accertamento. Solo nel caso di persona non in grado di comunicare (presenza di deterioramento cognitivo) sono utilizzabili scale con indicatori comportamentali.

Strumenti per la valutazione del dolore raccomandati dal COTSD (*allegato n.2*)

- Regolo con le 4 scale unidimensionali di autovalutazione dell'intensità del dolore.
- Scala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) per l'accertamento del dolore nella persona con deficit cognitivo.


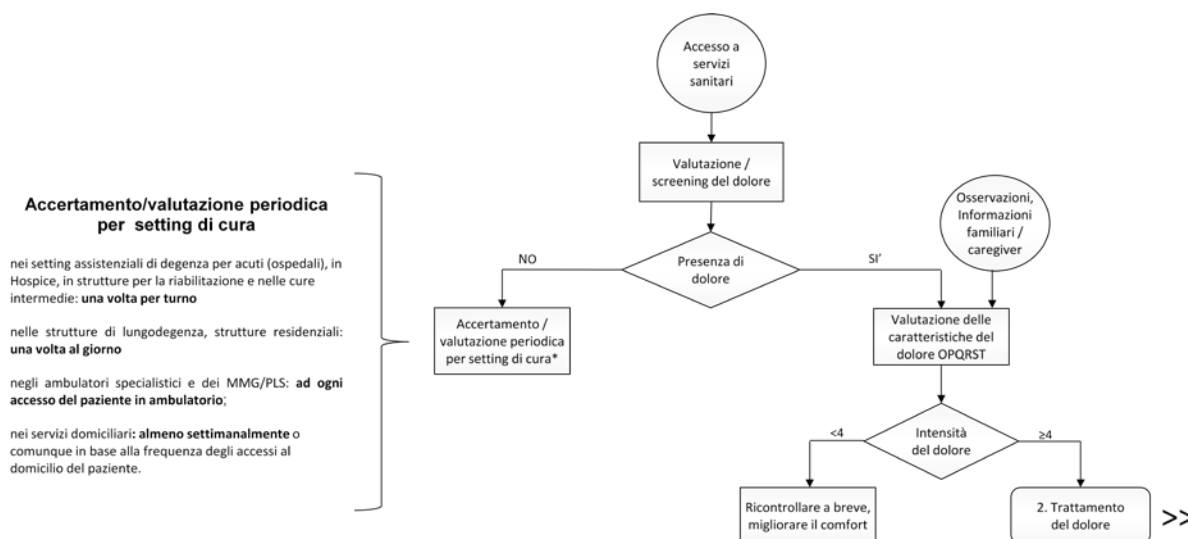
 <p>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento</p>	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE	
	RACCOMANDAZIONI AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE	
	Revisione 01	15 maggio 2019
	Pagina 10 di 18	

Figura n. 1 Accertamento/valutazione del dolore




TRATTAMENTO DEL DOLORE

a) Raccomandazioni di base

Per raggiungere un buon controllo del dolore è necessario un approccio individualizzato che si concretizza in:

- **rimuovere le proprie e altrui barriere culturali/pregiudizi** in tema di espressione, comunicazione e trattamenti del dolore/sofferenza;
- fornire **opzioni di trattamento** farmacologiche, interventistiche e complementari (TENS, tecniche di distrazione,...) **basate su prove di efficacia**;
- **coinvolgere** il paziente e il familiare e considerare il loro punto di vista nella scelta del progetto terapeutico tra più opzioni;
- attivare consulenze specialistiche presenti nelle Reti aziendali per la gestione del dolore;
- **concordare con il paziente affetto da dolore cronico e documentare il valore soglia specifico** oltre il quale intervenire con un trattamento farmacologico;
- **prevenire l'insorgenza** del dolore con eventuale pre-medicazione in caso di procedure/interventi potenzialmente dolorosi;
- **trattare il dolore tempestivamente** quando il valore rilevato è moderato (ad esempio nella NRS è ≥ 4). E' considerato un valore di allerta l'intensità/severità ≥ 3 /lieve (NRS);
- **educare il paziente e familiare a riferire il dolore tempestivamente e non attendere**;
- **informare ed educare la persona** sul suo dolore e sulle terapie (farmacologiche/non farmacologiche), incoraggiandola ad avere un ruolo attivo nei trattamenti ed informandola della necessità dell'assunzione regolare della terapia;
- **insegnare alla persona e/o al caregiver una posizione antalgica**, se possibile, che faciliti il rilassamento;
- **curare il confort**.

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 11 di 18

b) Raccomandazioni relative al trattamento farmacologico e non

La scelta del farmaco analgesico deve tenere conto del tipo di dolore e delle sue caratteristiche, nonché dell'intensità del sintomo riferito dal paziente. Una base di partenza per la scelta di un farmaco analgesico è l'utilizzo della **scala analgesica** dell'OMS, **da utilizzare in base alle caratteristiche e intensità del dolore e non alla sequenzialità dei gradini** (*allegato n.3*).

La strategia terapeutica utilizzata dipende da molti fattori, comprendenti l'eziologia e l'entità del dolore, la durata prevista della terapia, le condizioni cliniche generali del paziente e la sua capacità di adattamento ad un determinato programma terapeutico.


Indicazioni per il trattamento farmacologico

- Individualizzare la dose, il tipo di farmaco e la via di somministrazione, concordandolo con la persona. La via intramuscolare è sconsigliata perché dolorosa e non affidabile per la variabilità di assorbimento e disponibilità del principio attivo⁵.
- Utilizzare farmaci antidolorifici in base all'intensità e alle caratteristiche del dolore.
- Evitare l'associazione di farmaci della stessa categoria.
- Valutare l'opportunità di utilizzare la rotazione dei farmaci e/o delle vie di somministrazione in caso di inefficacia o effetti collaterali.
- Prescrivere una via di somministrazione semplice, facile da gestire per il paziente e/o per la famiglia:
 - considerare, come prima scelta, la via orale;
 - considerare una via alternativa di somministrazione quando la via orale non è utilizzabile (per es. a causa di vomito, ostruzione intestinale, severa disfagia, o in presenza di dolore mal controllato che richiede una rapida escalation di dose).
- Somministrare farmaci a orari regolari e pianificare le eventuali integrazioni per dolore episodico intenso e per il dolore episodico al movimento.
- Rivalutare, se possibile, il trattamento farmacologico in caso di comparsa di effetti collaterali.
- Prevedere un farmaco per i possibili effetti collaterali dei farmaci, ad esempio nel caso di oppioidi è raccomandato l'utilizzo di lassativi per prevenire la stipsi.
- Assicurare sempre il sollievo dal dolore e dagli altri sintomi, anche nella fase terminale della malattia.

Trattamento adiuvante

I farmaci adiuvanti hanno un'indicazione primaria diversa dalla gestione del dolore ma, in alcune condizioni cliniche (ipertensione endocranica, dolore neuropatico, dolore osseo, dolore resistente agli oppioidi) hanno anche proprietà analgesiche. Possono essere somministrati insieme a FANS, paracetamolo o oppiacei per aumentarne l'efficacia analgesica, per trattare i sintomi concomitanti aggravanti il dolore, o per fornire analgesia indipendente per tipi specifici di dolore. Sono utilizzabili in tutti gli stadi della scala analgesica. I principali sono corticosteroidi, antidepressivi, anticonvulsivanti, benzodiazepine, bifosfonati, neurolettici, miorilassanti ad azione centrale.

⁵ Howell et al. Nursing best practice guideline: assessment and management of pain (Revised) RNAO, 2007

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 12 di 18

Trattamento analgesico empirico

In pazienti affetti da deficit cognitivo grave, in presenza di comportamenti da dolore “sfumati”, con anamnesi positiva per patologie o possibili fonti dolorose (malattie reumatiche, artrosi, ulcerazioni, stomatiti...) e/o presenza di disturbi comportamentali (agitazione, aggressività verbale...), dopo avere escluso o trattato altre possibili cause, è raccomandato impostare un trattamento farmacologico regolare in base all'intensità presunta. Vari studi evidenziano che il trattamento farmacologico del dolore può determinare una riduzione significativa dell'agitazione e dell' aggressività fisica e verbale, ma anche di altri disturbi comportamentali come l'apatia e la depressione⁶.

Trattamento non farmacologico

Il dolore è un'esperienza molto complessa, che riconosce diverse componenti: ogni stimolo doloroso viene percepito a livello fisico, cognitivo ed emozionale. La terapia antalgica non farmacologica comprende quindi molti tipi d'intervento assai diversi fra loro, per esempio approcci chirurgici, fisici, fisioterapici, radioterapici, psicologici, tecniche neurolesive o di neuromodulazione spinale, agopuntura. Alcuni agiscono bloccando la progressione dello stimolo doloroso, altri attivano i meccanismi nervosi centrali e/o periferici che inibiscono la nocicezione.

c) Educazione e coinvolgimento del paziente e dei familiari/caregiver

L'educazione delle persone sulle modalità di gestione del dolore permette loro di assumere un ruolo attivo nel controllo del dolore, rimuovere barriere e/o pregiudizi e migliorare l'adesione alla cura.

Gli strumenti a sostegno dell'intervento educativo sono:

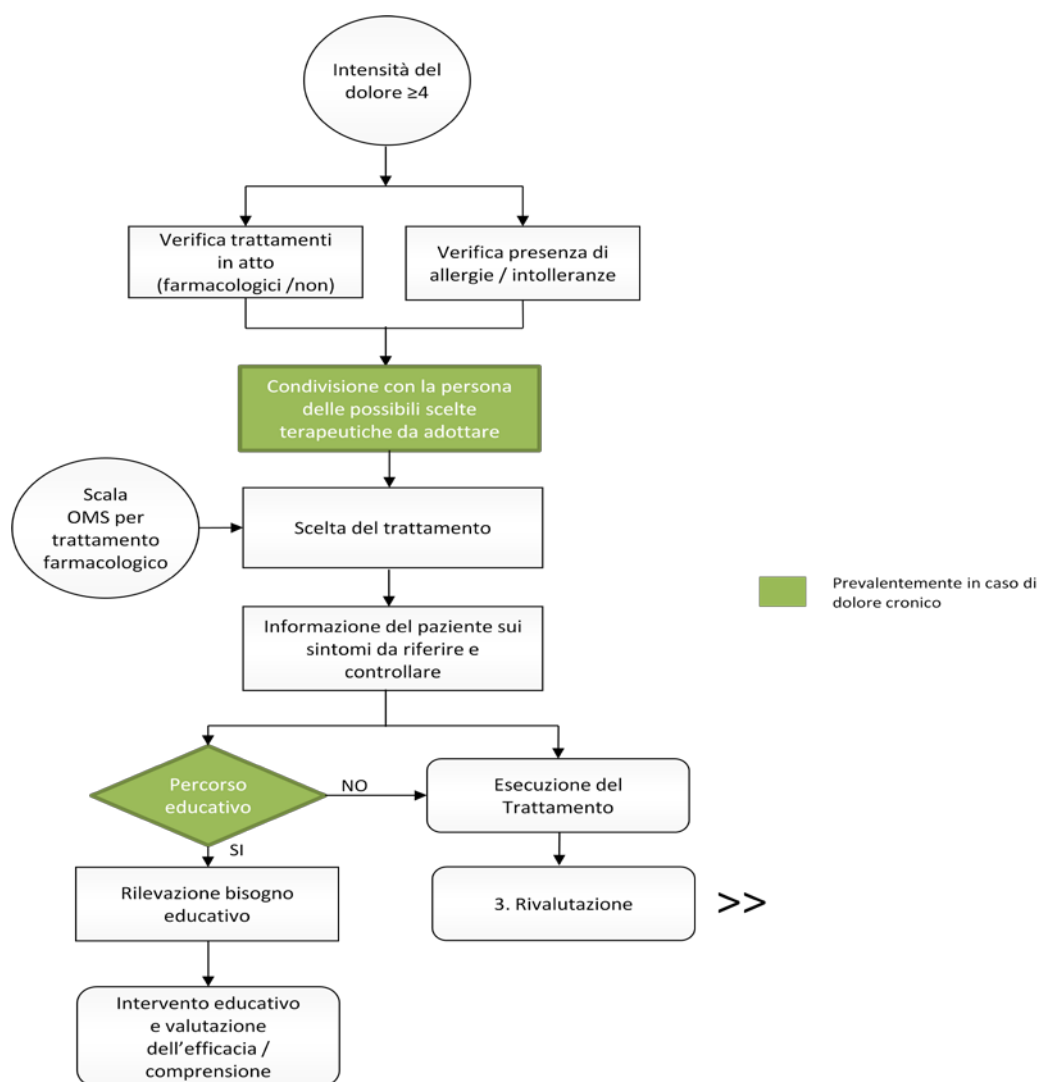
- colloquio con il paziente/caregiver per trasmettere i messaggi chiave per una gestione efficace del dolore;
- foglietto informativo “*Gestiamo insieme il dolore*” a supporto dei messaggi da trasmettere/trasmessi alla persona/caregiver (*allegato n.4*);

Nel caso in cui sia necessario un intervento educativo strutturato per un paziente che necessita di una gestione farmacologica del dolore a medio/lungo termine, è consigliato l'utilizzo della “*Scheda per la valutazione dell'intervento educativo sulla gestione del dolore (teach back)*” (*allegato n.5*). Questo strumento è utile per documentare le fasi del percorso educativo svolto e per verificare la comprensione delle informazioni trasmesse. La scheda compilata deve essere archiviata nella documentazione clinica della persona e consente la circolarità delle informazioni nelle equipe dei curanti/servizi.

Nell'*allegato n.6 “Indicazioni per la gestione del processo educativo”* sono illustrati i principali aspetti da tener presente per garantire un intervento efficace e per conoscere il livello di comprensione delle informazioni date alla persona con dolore.

⁶ Husebo, B.S., Achterberg, W. & Flo, E. (2016). *Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. CNS Drugs.* 30(6), 481-97. doi: 10.1007/s40263-016-0342-7.

Figura 2 Trattamento del dolore



d) Valutazione del grado di sollievo o controllo del dolore


Il dolore deve essere rivalutato con la stessa metodologia utilizzata per l'accertamento, in base al trattamento effettuato, periodicamente e comunque ogni volta che le condizioni cliniche del paziente lo rendano necessario.

In particolare, nel dolore acuto si raccomanda la rivalutazione entro:

- 15-30 minuti dalla somministrazione di un farmaco per via transmurale o parenterale;
- 1 ora dalla somministrazione di un farmaco per os;
- ad ogni nuova segnalazione o cambiamento del dolore riferiti dalla persona.

Nel dolore cronico la periodica rivalutazione è raccomandata per verificare:

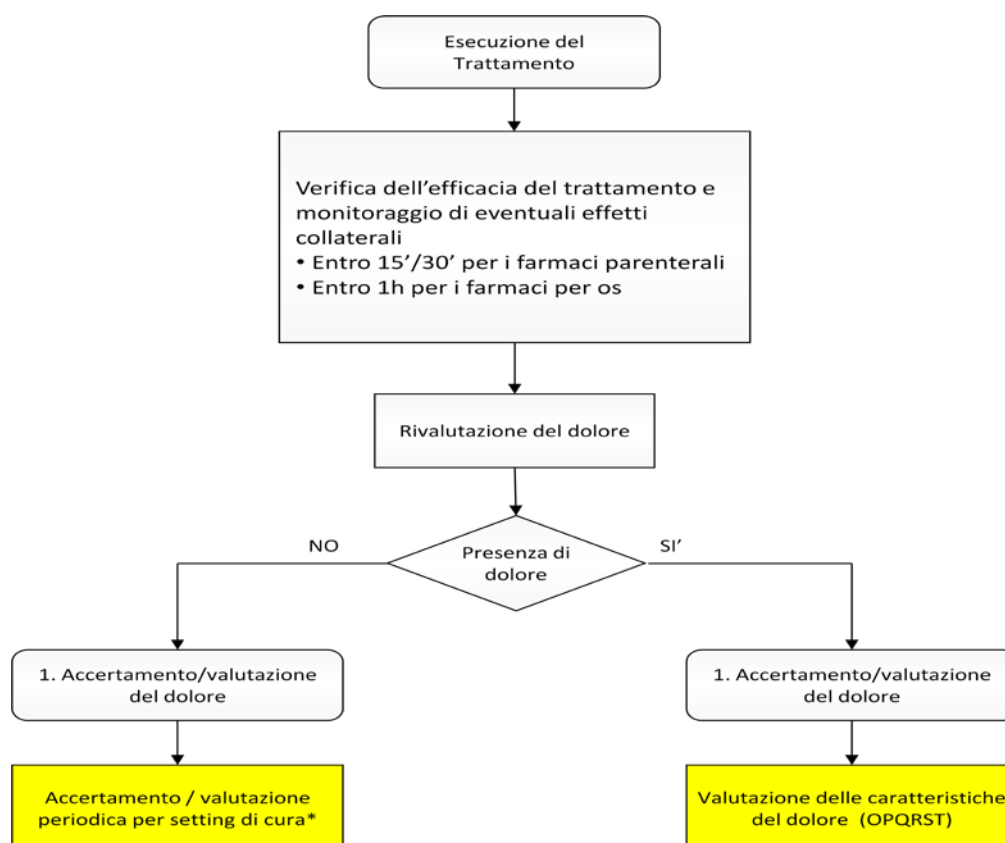
- miglioramento
- peggioramento

	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 14 di 18

- compliance e aderenza a piano terapeutico assistenziale
- complicanze legate al trattamento

Devono essere puntualmente riportati nella documentazione del paziente il risultato antalgico conseguito, gli eventuali effetti collaterali, ogni eventuale modifica del trattamento.


Figura 3 Rivalutazione del dolore



Risultati attesi

I principali risultati attesi nella gestione del dolore acuto e cronico sono riconducibili a:

- **sollevio dal dolore** (es. riduzione significativa dell'intensità del dolore, a livello NRS \leq 2-3 o NRS considerata accettabile per il paziente, aumento delle ore di sonno senza dolore, diminuzione del dolore a riposo e/o durante il movimento);
- **impatto positivo sulle capacità funzionali e sul benessere della persona;**
- **soddisfazione del paziente e della famiglia sul trattamento del dolore** (es. diminuzione dei farmaci somministrati al bisogno, migliore aderenza al trattamento terapeutico ...).

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE RACCOMANDAZIONI AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 15 di 18

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Nel passaggio tra i diversi setting di cura (interni all'APSS, con/tra strutture convenzionate e Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta) il personale sanitario adotta le iniziative idonee per garantire la continuità delle cure e il follow up della persona con dolore, utilizzando i sistemi informativi che consentono la condivisione delle informazioni (es. lettera di dimissione dall'ospedale, richiesta di consulenza, lettera di trasferimento tra strutture...).

Nella documentazione che accompagna la persona a domicilio o in altro setting assistenziale, devono essere indicati:

- l'assenza/presenza del dolore e lo strumento utilizzato per la sua valutazione (es. NRS, VAS, PAINAD...);
- in caso di dolore le sue caratteristiche (OPQRST), la terapia da proseguire, specificando chiaramente dosi, tempi e modi di assunzione;
- l'avvenuto eventuale addestramento/educazione del paziente, del familiare e/o del caregiver per la gestione del dolore;
- le modalità per contattare le strutture di riferimento in caso di necessità.

In caso di dimissione ospedaliera, al fine di mantenere la continuità terapeutica nella gestione del dolore, i medici ospedalieri prescrivono direttamente i farmaci al paziente fino alla presa in carico da parte del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera scelta.

6. DOCUMENTAZIONE

Devono essere puntualmente riportati nella documentazione del paziente tutte le informazioni che riguardano tutte le fasi della gestione del dolore.

Al fine di facilitare la valutazione e il follow up, il COTSD raccomanda l'utilizzo della "Scheda per il monitoraggio del dolore" (*allegato n. 7*). È inoltre importante documentare il valore soglia del dolore, definito dal paziente con dolore cronico come accettabile durante movimento/respirazione profonda, nonché la presenza di altri sintomi.

Per quanto riguarda il trattamento è necessario documentare i farmaci utilizzati con i relativi dosaggi, orario, terapia per dolore episodico intenso, risposta al trattamento (intensità e durata di risposta), accettabilità del paziente, effetti avversi.

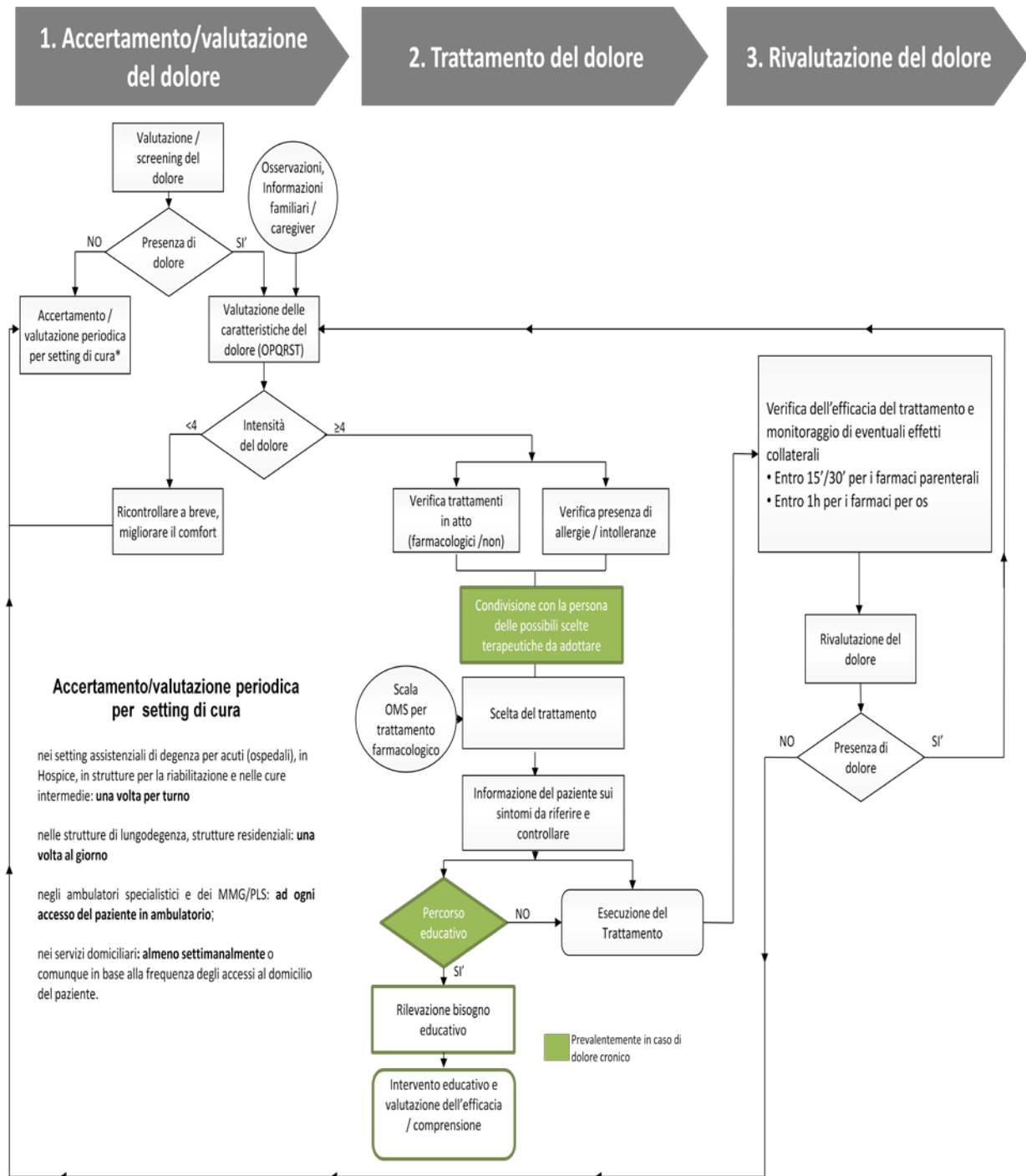
In caso di trattamento non farmacologico, la tipologia, gli effetti, **oltre che gli** interventi educativi messi in atto e verifica della comprensione delle informazioni fornite.


In entrambi i casi va evidenziata la valutazione del sollievo.

7. MONITORAGGIO

- Consumo annuale dei farmaci antidolorifici negli ospedali e sul territorio.
- Soddisfazione dei pazienti sulla gestione del dolore in ospedale (indagine annuale).

8. FLOW CHART



 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE	
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 17 di 18

9. DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE

- Nota informativa a tutti i destinatari delle Raccomandazioni
- Pubblicazione del documento nel sito internet di APSS
- Incontri con personale della APSS e delle strutture accreditate, MMG/PLS
- Presentazione del documento alle Associazioni di pazienti/Rappresentanti dei Cittadini

10. ALLEGATI

- Allegato 1 Schema OPQRST
- Allegato 2 Strumenti per la valutazione del dolore
- Allegato 3 La scala OMS per la gestione farmacologica del dolore
- Allegato 4 Opuscolo informativo *"Gestiamo insieme il dolore"*
- Allegato 5 Scheda per la valutazione dell'intervento educativo sulla gestione del dolore (teach back)
- Allegato 6 Indicazioni per la gestione del processo educativo della persona con dolore
- Allegato 7 Scheda per il monitoraggio del dolore


11. ELENCO DEI DESTINATARI

Per competenza

- Direttori di Area del Servizio Ospedaliero Provinciale e del Servizio Territoriale
- Direttori e Dirigenti delle Unità Operative e Servizi Ospedalieri e Territoriali
- Dirigenti e Coordinatori delle Professioni Sanitarie delle Unità Operative e Servizi Ospedalieri e Territoriali
- Direttori di Struttura Ospedaliera
- Direttori Strutture private convenzionate con Apss
- Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta

Per conoscenza

- Direzione Generale
- Direzione Sanitaria
- Direzione Integrazione Socio-Sanitaria
- Direzione Amministrativa
- Servizio Ospedaliero Provinciale
- Servizio Territoriale
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Governance
- Dipartimento di Staff
- Coordinatori Integrazione Ospedale-Territorio
- Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore
- Consulta Provinciale per la Salute
- Organismo di Coordinamento provinciale della Rete per le Cure Palliative, della Rete per la Terapia del dolore e della Rete di Terapia del dolore e Cure Palliative pediatriche.

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE	
	RACCOMANDAZIONI AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE	
	Revisione 01	
	15 maggio 2019	
	Pagina 18 di 18	


12. RIFERIMENTI

- Linee guida Ministeriali 24.05.2001: Accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore" (G.U. Serie Generale, n. 149 del 29/06/2001).
- Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments-2001.
- National Pharmaceutical Council, Inc; Jci - *Improving the Quality of Pain Management Through Measurement and Action* 2003.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) *Assessment and Management of Pain*-2007.
- Legge del 15 marzo 2010 n.38: "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*" (G.U. Serie Generale , n. 65 del 19/03/2010).
- Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano - 16 dicembre 2010: Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della Rete di cure palliative e della Rete di terapia del dolore. (G.U. Serie Generale , n. 13 del 18/01/2011).
- Saiani L., Brugnolli A. "*Trattato di Cure Infermieristiche*", volume 2-- Ed Sorbona 2^a edizione 2013.
- JCI: *Gli standard per l'accreditamento degli ospedali* -2017- 6^a edizione.
- Intesa della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano – 25 luglio 2012: Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore (Rep. N. 151/CSR).
- Deliberazione di Giunta Provinciale n. 1597 del 22 luglio 2011 e s.m.: Cure palliative: modello organizzativo e potenziamento della rete di assistenza.
- APSS: La Rete per le cure palliative: indirizzi e linee applicative 4 giugno 2013.
- Deliberazione del Direttore Generale della APSS n. 554 del 13 novembre 2013: La Rete Terapia del Dolore nella provincia di Trento: indirizzi e linee applicative.
- Deliberazione del Direttore Generale della APSS n. 271 del 15 luglio 2014: Approvazione del documento "Rete provinciale di terapia del dolore e Cure Palliative pediatriche".
- APSS: Raccomandazioni per l'accertamento e la gestione del dolore nella persona con deterioramento cognitivo 16 aprile 2013.
- Protocollo per la valutazione e trattamento del dolore- Istituto oncologico della Svizzera Italiana Servizio Cure Palliative. <http://www.eoc.ch/dms/siteeoc/documenti/pallclick/dolore/i-curpal-015-A.pdf>
- Husebo, B.S., Achterberg, W. & Flo, E. (2016). *Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review*. CNS Drugs. 30(6), 481-97. doi: 10.1007/s40263-016-0342-7.
- Howell et al. *Nursing best practice guideline: assessment and management of pain* (Revised) RNAO, 2007

 <p><i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> Provincia Autonoma di Trento</p>	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE Allegato 1 Schema OPQRST	Raccomandazioni aziendali per la gestione del dolore
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 1 di 1

Schema OPQRST

Caratteristiche del dolore	Esempi di domande da utilizzare nella fase di accertamento
O Onset Inizio del dolore	Che cosa stava facendo quando è comparso il dolore? L'inizio è stato improvviso o graduale?
P Provocation/ Pallation Fattori provocanti/allevianti	C'è qualcosa che fa peggiorare /migliorare il dolore?
Q Quality Qualità, tipo	Come è il dolore? <i>Raccogliere la descrizione di che cosa la persona sta provando; per esempio il dolore può essere descritto come puntorio, gravativo, lacerante, pulsante, crampiforme...</i>
R Region/Radiation Sede/irradiazione	Dove è localizzato il dolore? Si estende anche ad altre parti del corpo?
S Severity Severità/intensità	Quale è il livello di dolore percepito in una scala da 0 a 10?
T Time Tempo	Quando è cominciato il dolore la prima volta? Ha mai sperimentato questo sintomo prima? Se sì, quando?

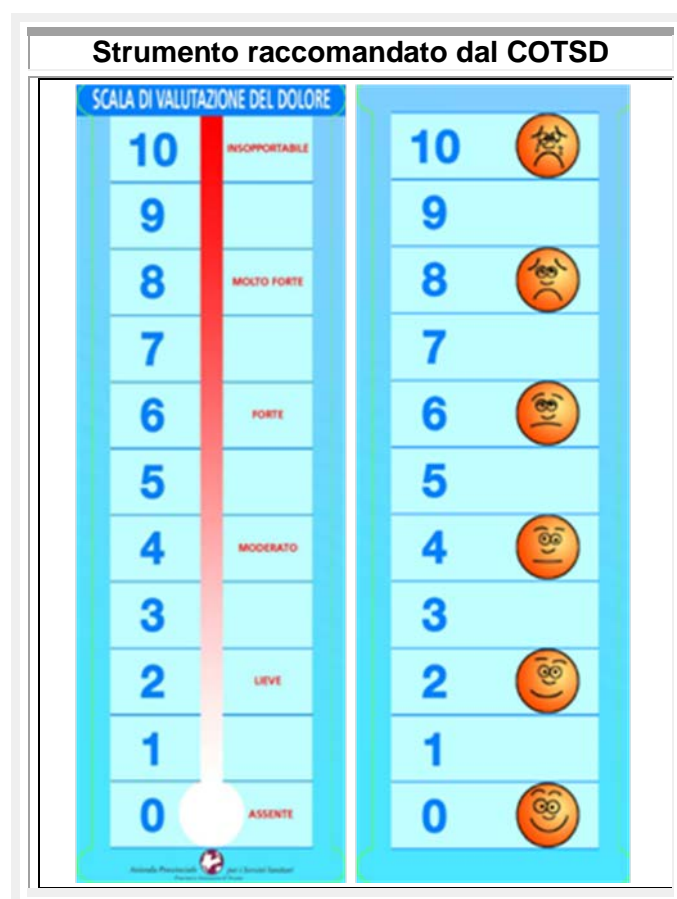
 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE Allegato 2 Strumenti per la valutazione del dolore	Raccomandazioni aziendali per la gestione del dolore
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 1 di 2

Strumenti per la valutazione del dolore

Scale unidimensionali per misurare l'intensità del dolore:


- Scala Analogica Visiva (Visual Analogue Scale – VAS)
- Scala Verbale (Categorical Verbal Rating Scale – VRS)
- Scala Numerica (Categorical Numerical Rating Scale – NRS)
- Scala a Faccine (Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale- FACE PAIN)

Il COTSD ha individuato un unico strumento definito “**Regolo** “ nel quale sono presenti tutte le quattro scale unidimensionali sopra riportate. In questo modo l'operatore ha a disposizione diverse opzioni da utilizzare in base alle caratteristiche del paziente.



Scale osservazionali, basate sull'osservazione sistematica della persona che non è in grado di riferire il proprio dolore, in situazione di riposo e durante il movimento:

- Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Type “(DS-DAT);
- “Check list of Nonverbal Pain Indicators (CNPI);

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE Allegato 2 Strumenti per la valutazione del dolore	Raccomandazioni aziendali per la gestione del dolore
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 2 di 2

- “Assessment of Discomfort in Dementia” (ADD);
- “Pain Assessment in Advanced Dementia” (PAINAD);
- “Nursing Assistant-Administered Instrument to Assess Pain in Demented Individuals” (NOPPAIN);
- “Pain Assessment Checklist for Seniors with severe Dementia (PACSLAC);
- “Doloplus-2 scale”.

Strumento raccomandato dal COTSD per l'accertamento del dolore nella persona con deficit cognitivo (PAINAD)

Item*	0	1	2	Punteggio
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respirazione a volte difficoltosa. Brevi periodi di iperventilazione	Respirazione difficoltosa e rumorosa. Lunghi periodi di iperventilazione. Respirazione Cheyne-Stokes	
Vocalizzazione (del dolore)	Assente	Lamenti o gemiti occasionalmente. Espressione vocale di basso livello (mormorii o borbottii) con un significato negativo o disapprovatorio	Frasi ripetute in modo agitato usate come modo per richiamare l'attenzione (perseverazioni). Lamenti o gemiti ben distinguibili (ad alto volume). Pianto.	
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste Spaventata Accigliata	Smorfie di dolore	
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso, movimenti nervosi, irrequietezza	Rigida. Pugni chiusi. Ginocchia flesse. Tira o spinge via. Atteggiamento violento	
Necessità di consolazione	Nessun bisogno di essere consolato	Distratto o rassicurato dalla voce o dal contatto	Paziente inconsolabile, impossibile da distrarre o rassicurare	
**Totale				

DA TRATTARE ➤


Dolore 0 - 1 ASSENTE	Dolore 2 - 3 LIEVE	Dolore 4 - 5 MODERATO	Dolore 6 - 7 FORTE	Dolore 8 - 9 MOLTO FORTE	Dolore 10 INSOPPORTABILE
----------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	--------------------------	-----------------------------

** Il punteggio totale va da 0 a 10 (totalizzato sommando il punteggio da 0 a 2 per ciascuna voce)

Scale multidimensionali che permettono un approccio globale al dolore, valutano l'intensità e l'interferenza del dolore con le abituali attività:

- Brief Pain Inventory (BPI)
- Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ)
- Short Mc Gill Pain Questionnaire
- Pain Perception Profile

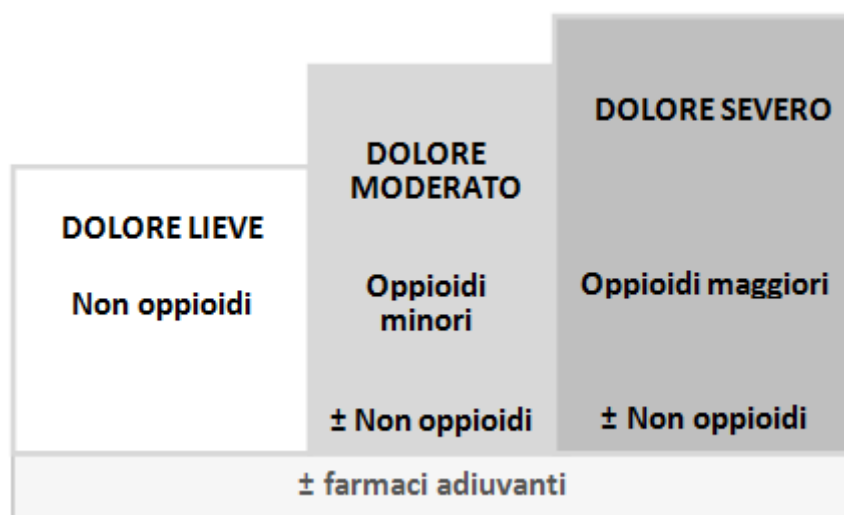
Le scale maggiormente utilizzate sono la Short Mc Gill Pain Questionnaire e la Brief Pain Inventory (BPI).

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE Allegato 3 Scala OMS per la gestione farmacologica del dolore	Raccomandazioni aziendali per la gestione del dolore
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 1 di 1

La scala OMS per la gestione farmacologica del dolore

La scala a tre gradini dell'OMS, introdotta nel 1986 per la gestione farmacologica del dolore in ambito oncologico e successivamente utilizzata anche per il dolore non oncologico, stratifica in tre gradini i farmaci analgesici sulla base della loro potenza antidolorifica.

Costituisce un modello di approccio in cui il farmaco e la sua potenza antalgica vengono correlati all'intensità del dolore, da cui deriva l'indicazione della scelta della terapia analgesica più appropriata.



Approccio per la scelta di un farmaco analgesico in base all'intensità del dolore

- Dolore di intensità lieve (≤ 4 alla scala numerica): utilizzare paracetamolo a dosaggio antalgico (1 g ogni 8 ore). Se non controindicati e se non fanno già parte della terapia causale della malattia, aggiungere un farmaco antinfiammatorio non steroideo (FANS). In assenza di risposta, passare allo step successivo.
- Dolore di intensità moderata, forte o molto forte (≥ 4 alla scala numerica): utilizzare farmaci che associano al paracetamolo un oppiaceo per dolori non particolarmente intensi: paracetamolo-codeina oppure paracetamolo-tramadolo oppure paracetamolo-oxycodone oppure tramadolo. In assenza di risposta, passare a oppiacei per dolori forti (morfina, oxycodone, idromorfone, fentanil, buprenorfina, metadone).

Suggerimenti nel caso di trattamento del dolore con farmaci

Evitare l'autodiagnosi, l'autoprescrizione o di prendere farmaci consigliati da amici e parenti.

Comunicare se ci sono farmaci che non possono essere assunti ed eventuali terapie già in corso, compreso l'uso di integratori.

Rispettare le dosi e gli orari di assunzione dei farmaci per il controllo del dolore.

Comunicare prima possibile agli operatori sanitari la comparsa di eventuali effetti indesiderati (sonnolenza, stitichezza, vomito) per una gestione ottimale della terapia.

Fasi della gestione del dolore



Azienda provinciale per i servizi sanitari
Via Degasperi 79, 38123 Trento

©Copyright 2019
Tutti i diritti riservati, riproduzione consentita con citazione obbligatoria della fonte

Testi a cura di: Comitato OspedaleTerritorio Senza Dolore (COTSD) dell'APSS
Fonte di riferimento: Raccomandazioni per la gestione del dolore - maggio 2019.

Impaginazione: OnLine Group - Roma
Coordinamento editoriale: Ufficio comunicazione
Finito di stampare nel mese di giugno 2019

www.apss.tn.it

Gestiamo insieme il dolore

Informazioni per i pazienti e i loro familiari

INSIEME
GESTIONE del **Dolore**
sofferenza **cronico**
quanto dolore hai? **fallimento**
tempo **CURA** *scale di misurazione* **trattamento**
EFFICACIA *controllo* **VALUTARE**
SOLLIEVO *comfort* **COMUNICARE**
esperienza *incidente* **malessere**
SOGGETTIVA *collaborazione*
RILEVAZIONE **terapie** **DIRITTO**



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

Il controllo del dolore è un diritto di tutti

In questo opuscolo si trovano alcune semplici informazioni sulla rilevazione, cura e controllo del dolore.

Che cos'è il dolore?

Il dolore è un'esperienza spiacevole e può essere collegato a una malattia, a un intervento chirurgico, a un esame diagnostico o a un incidente, infortunio o trauma.

Come comunicare il dolore?

Non basta dire "mi fa male" ma è importante descrivere il dolore, indicandone le caratteristiche.

- Dove ho male?
- Come è il dolore?
- Da quanto tempo dura?
- L'intensità varia nel tempo (dolore continuo o intermittente)?
- Quando si manifesta?
- Compromette le attività di vita (dormire, vestirsi...)?

Gli operatori sanitari aiuteranno a descrivere il dolore e a misurarlo con appositi strumenti.

Come si misura il dolore?



Per misurare il dolore viene chiesto di dare un punteggio da 0 a 10 (0=nessun dolore, 10=dolore insopportabile), oppure di segnare una crocetta su una scala di valutazione o di esprimerlo con parole come: lieve, moderato, forte, insopportabile.

In alcune situazioni invece delle parole può essere usata una

scala con delle faccine, dove ogni espressione rappresenta un livello diverso di dolore.

Sono in uso anche altre scale per chi non è in condizione di riferire il proprio dolore (neonati, persone con demenza...).

La rilevazione del dolore aiuta gli operatori a valutare meglio il problema, indagare le cause e decidere insieme la cura più indicata.




Perché è importante controllare il dolore?

- Per migliorare il comfort e mantenere le attività quotidiane e di relazione (lavoro, attività fisica, riposo e sonno, alimentazione,...).
- Per avere collaborazione durante l'esecuzione di una procedura o un esame diagnostico che può causare dolore.
- Per migliorare la respirazione e favorire la tosse dopo un intervento chirurgico, allo scopo di prevenire le infezioni polmonari.
- Per favorire la ripresa del movimento e la riabilitazione, al fine di ridurre il rischio di trombosi.

Come si cura il dolore?

Esistono diversi approcci per la cura del dolore che comprendono l'uso di farmaci e di altri trattamenti (ad esempio fisioterapia, agopuntura, tecniche di rilassamento, tecniche chirurgiche). La scelta dipende dalla causa, dal tipo di dolore, dall'intensità e dalla sua durata.

Il trattamento viene condiviso con la persona e prescritto dal medico. È importante comunicare agli operatori sanitari se il trattamento del dolore non è efficace.

 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE	Raccomandazioni aziendali per la gestione del dolore
	Allegato 5	Revisione 01
	Scheda per la valutazione dell'intervento educativo sulla gestione del dolore (teach back)	15 maggio 2019
		Pagina 1 di 2

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO EDUCATIVO
SULLA GESTIONE DEL DOLORE (TEACH BACK)**

SERVIZIO OSPEDALIERO - PRESIDIO
☐ Arco ☐ Borgo ☐ Cavalese ☐ Cles ☐ Rovereto ☐ S. Chiara ☐ Tione ☐ Villa Igea ☐ Villa Rosa

SERVIZIO TERRITORIALE-AMBITO
☐ Centro Nord ☐ Centro Sud ☐ Est ☐ Ovest

UNITA' OPERATIVA _____

Destinatario dell'intervento educativo
☐ Paziente cognome e nome _____ Data di nascita _____

☐ Caregiver - specificare la persona individuata _____

☐ Livello istruzione ☐ elementari ☐ medie ☐ professionali ☐ superiori ☐ laurea

☐ Lingua parlata: ☐ italiano ☐ lingua straniera _____

☐ Difficoltà a leggere l'opuscolo informativo e altro materiale scritto: ☐ no ☐ sì

Data di inizio dell'attività di educazione : _____

Fasi	Educazione per la gestione del dolore	Teach back <i>domande da utilizzare nel colloquio</i>
ACCERTAMENTO	Gestire il colloquio usando come guida l' opuscolo "Gestiamo insieme il dolore" . Insegnare l'uso corretto delle scale di misurazione del dolore, se possibile utilizzando il "regolo" . Conoscere le caratteristiche del dolore utilizzando l' acronimo OPQRST : <ul style="list-style-type: none"> • che cosa stava facendo quando è comparso il dolore? • l'inizio è stato improvviso o graduale? • c'è qualcosa che fa peggiorare o migliorare il dolore? • com'è il dolore? • dove è localizzato il dolore? • qual è il livello di dolore percepito in una scala da 0 a 10? • quando è cominciato il dolore la prima volta? • ha mai provato un dolore simile? Se sì, quando? Identificare gli interventi efficaci che ha attivati in passato per la gestione del suo dolore.	Quali parole usa per descrivere il suo dolore _____ _____ _____ Quali sono le caratteristiche per descrivere il suo dolore ai sanitari <input type="checkbox"/> conosce <input type="checkbox"/> non conosce <input type="checkbox"/> conoscenza parziale _____ Mi può descrivere come va usata la scala della valutazione del dolore (inserire il nome/sigla della scala.....) <input type="checkbox"/> autonomia <input type="checkbox"/> non autonomia <input type="checkbox"/> parziale autonomia _____ Mi può dire cosa fa a casa per gestire il dolore _____ _____ data _____ firma operatore _____


Fasi	Educazione per la gestione del dolore	Teach back domande da utilizzare nel colloquio
TRATTAMENTO	<p>Esplicitare le diverse opzioni di trattamento in base alla causa del dolore.</p> <p>Informare sulle modalità di assunzione nel caso di trattamento con farmaci, illustrando i possibili effetti collaterali. Se prescritti farmaci al bisogno istruire sulle modalità di gestione (quando e come assumerli).</p> <p>Addestrare all'uso di eventuali presidi per la gestione del dolore.</p> <p>Informare sull'importanza di chiamare subito quando si presenta il dolore, senza attendere.</p>	<p>Mi può descrivere alcuni comportamenti da seguire per controllare il dolore</p> <p><input type="checkbox"/> conosce <input type="checkbox"/> non conosce <input type="checkbox"/> conoscenza parziale</p> <p>_____</p> <p>Mi può dire in quali casi dovrebbe chiamare il medico o andare in pronto soccorso</p> <p><input type="checkbox"/> conosce <input type="checkbox"/> non conosce <input type="checkbox"/> conoscenza parziale</p> <p>_____</p> <p>Mi può dire cosa farà a casa per controllare al meglio il suo dolore</p> <p><input type="checkbox"/> conosce <input type="checkbox"/> non conosce <input type="checkbox"/> conoscenza parziale</p> <p>_____</p> <p>data _____ firma operatore _____</p>
CONTROLLO	<p>Informare sull'importanza di controllare e comunicare l'efficacia del trattamento messo in atto per il controllo del dolore.</p> <p>Istruire sui segnali d'allarme indice di un aggravamento e/o della necessità di contattare il medico o rivolgersi al pronto soccorso.</p> <p>Informare sulle modalità per contattare i sanitari/servizi in caso di difficoltà nel controllo del dolore.</p> <p>Consegnare i recapiti dei sanitari/servizi utili e le modalità di consultazione.</p> <p>Comunicare eventuale controlli programmati al momento della dimissione o dall'ospedale/ambulatorio.</p>	<p>A quali sanitari si può rivolgere e come, in caso di difficoltà</p> <p><input type="checkbox"/> conosce <input type="checkbox"/> non conosce <input type="checkbox"/> conoscenza parziale</p> <p>_____</p> <p>Quali saranno i controlli programmati che dovrà fare</p> <p><input type="checkbox"/> conosce <input type="checkbox"/> non conosce <input type="checkbox"/> conoscenza parziale</p> <p>_____</p> <p>data _____ firma operatore _____</p>
DOCUMENTAZIONE	<p>Informare sulle modalità per registrare e documentare i dati rispetto all'andamento del proprio dolore.</p>	<p>Mi può dire quali dati registra sul foglio per tener controllato l'andamento del suo dolore.</p> <p><input type="checkbox"/> conosce <input type="checkbox"/> non conosce <input type="checkbox"/> conoscenza parziale</p> <p>_____</p> <p>data _____ firma operatore _____</p>

Valutazione finale dell'apprendimento : ☐ positiva ☐ negativa ☐ parzialmente positiva

Raccogliere aspettative /obiettivi della persona e del caregiver rispetto al controllo del dolore

Aspetti da segnalare per la continuità assistenziale

Data _____ Firma dell'operatore _____

 <i>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</i> Provincia Autonoma di Trento	COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE Allegato 6 Indicazioni per la gestione del processo educativo della persona con dolore	Raccomandazioni aziendali per la gestione del dolore
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 1 di 1

Indicazioni per la gestione del processo educativo della persona con dolore


- Verificare le conoscenze della persona/caregiver strutturando il colloquio in modo utile e mirato.
- Rimuovere concezioni errate e pregiudizi (per es. il dolore va riferito quando “forte”; è normale avvertire un po’ di dolore). Le barriere più frequenti sono la riluttanza a riportare e descrivere il dolore, la preoccupazione rispetto agli effetti collaterali dei farmaci, la censura del dolore come segno di progressione di malattia, il timore di manovre invasive.
- Educare a riferire immediatamente il dolore e il dolore incidente (breakthrough pain durante la terapia continuativa).
- Fornire conoscenze e informazioni sull’uso delle scale di misurazione del dolore, su come e quando assumere i farmaci ed eventuali interazioni, sugli effetti collaterali comuni dei farmaci e la loro gestione, sull’utilizzo di tecnologie specifiche, sulle strategie complementari e di confort.
- Illustrare i trattamenti disponibili, incluse le opzioni non farmacologiche, loro rischi e benefici, grado di sollievo dal dolore che la persona può realisticamente aspettarsi da un trattamento.
- Fornire indicazioni su quando chiamare il medico o andare al pronto soccorso.
- Insegnare, se possibile, una posizione antalgica che faciliti il rilassamento.
- Verificare che le informazioni fornite alla persona/caregiver siano state recepite.

Teach back








È un metodo per accertare se le persone hanno compreso le informazioni ricevute, oppure se è il caso di ripeterle. NON è un test, ma serve unicamente all’operatore sanitario per aver un riscontro sulle informazioni trasmesse.

- La tecnica del Teach Back:
 - obbliga il paziente/caregiver a riassumere quanto comunicato e a memorizzare le informazioni ricevute;
 - favorisce la comprensione e il dialogo tra operatore sanitario e paziente/caregiver;
 - lascia un ricordo nel tempo;
 - coinvolge attivamente e responsabilizza sia il paziente/caregiver che l’operatore sanitario.
- Suggerimenti per l’applicazione del metodo:
 - la persona non deve sentirsi “interrogata”, perché si potrebbe indisporre. Per questo motivo domande come: “Mi può ripetere quello che le ho detto?” sono da evitare, in quanto potrebbe mettere la persona a disagio; è necessario usare un tono di voce pacato e un linguaggio semplice, calibrato in base alla persona ed al suo grado di comprensione.
 - l’operatore sanitario dopo aver informato il paziente/caregiver, chiede allo stesso di esporre con parole proprie quanto appreso, senza atteggiamenti paternalistici o di biasimo (abolendo l’uso di domande chiuse, che presuppongono come risposta SI’ o NO).

Nella “scheda per la valutazione dell’intervento educativo sulla gestione del dolore (teach back) sono state inserite le domande da utilizzare per la verifica della comprensione delle informazioni trasmesse, suddivise nelle tre fasi della gestione del dolore.

 <p>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento</p>	<p align="center">COMITATO OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE</p> <p align="center">Allegato 7</p> <p align="center">Scheda per il monitoraggio del dolore</p>	Raccomandazioni aziendali per la gestione del dolore
		Revisione 01
		15 maggio 2019
		Pagina 1 di 1

Scheda per il monitoraggio del dolore

 <p>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento</p>		<p>SCHEDA PER IL MONITORAGGIO DEL DOLORE</p>						NOME _____ COGNOME _____ UNITÀ OPERATIVA _____ N° CARTELLA _____						
VALUTAZIONE								RIVALUTAZIONE						
DATA	ORA	STATO MENTALE	LIVELLO DOLORE	SEDE	CARATT.	INTERVENTI	FIRMA	DATA	ORA	LIVELLO	EFFETTI	FIRMA		
													10 	
													9	
													8 	
													7	
													6 	
													5	
													4 	
													3	
													2 	
													1	
													0 	

LEGENDA:

STATO MENTALE	1. ANSIOSO AGITATO O IRREQUIETO	2. TRANQUILLO, ORIENTATO E COLLABORANTE	3. RISPONDE AI COMANDI
	4. RISPOSTA VIBACE AD UNA LEGGERA PRESSIONE SULLA GIALBELLA O AD UN FORTE STIMOLO UDITIVO	5. RISPOSTA RALLENTATA AD UNA LEGGERA PRESSIONE SULLA GIALBELLA O AD UN FORTE STIMOLO UDITIVO	6. NESSUNA RISPOSTA AD UNA LEGGERA PRESSIONE SULLA GIALBELLA O AD UN FORTE STIMOLO UDITIVO
SEDE DEL DOLORE	A. ADDOMINALE C. CAPO	S. SCHIENA F. FERITA SEDE INTERVENTO	T. TORACE SP. ALTRO SPECIFICARE
CARATTERISTICHE (CARATT.)	DPL. DOLORE PULSANTE	DS. DOLORE SORDO	DPT. DOLORE PENETRANTE A. ALTRO
INTERVENTI	Farm. FARMACOLOGICI NON Farm. NON FARMACOLOGICI (SPECIFICARE)		
EFFETTI	1. ANSIA 5. SUDORAZIONE 9. IPOTENSIONE	2. AGITAZIONE 6. NAUSEA 10. STPPI	3. SEDAZIONE 7. VOMITO 11. PRURITO
			4. CLONIE 8. ALTRO 12. RITENZIONE URINARIA/CATETERE

IN CASO DI PCA/EPIDURALE UTILIZZARE SCHEDA APPOSITE

DIR / OSP / 58