

IL DOLORE CRONICO

Dott. Gerardo Spennato

A stylized, layered mountain range graphic in shades of teal and blue, located in the bottom right corner of the slide.

DCB

IL DOLORE CRONICO BENIGNO (DCB)
E' UN DOLORE CHE DURA DA PIU' DI
3 MESI ED E' CORRELATO CON
PATOLOGIE PROGRESSIVE NON
NEOPLASTICHE

DEFINIZIONE:NECESSITA' DI UN LINGUAGGIO COMUNE....

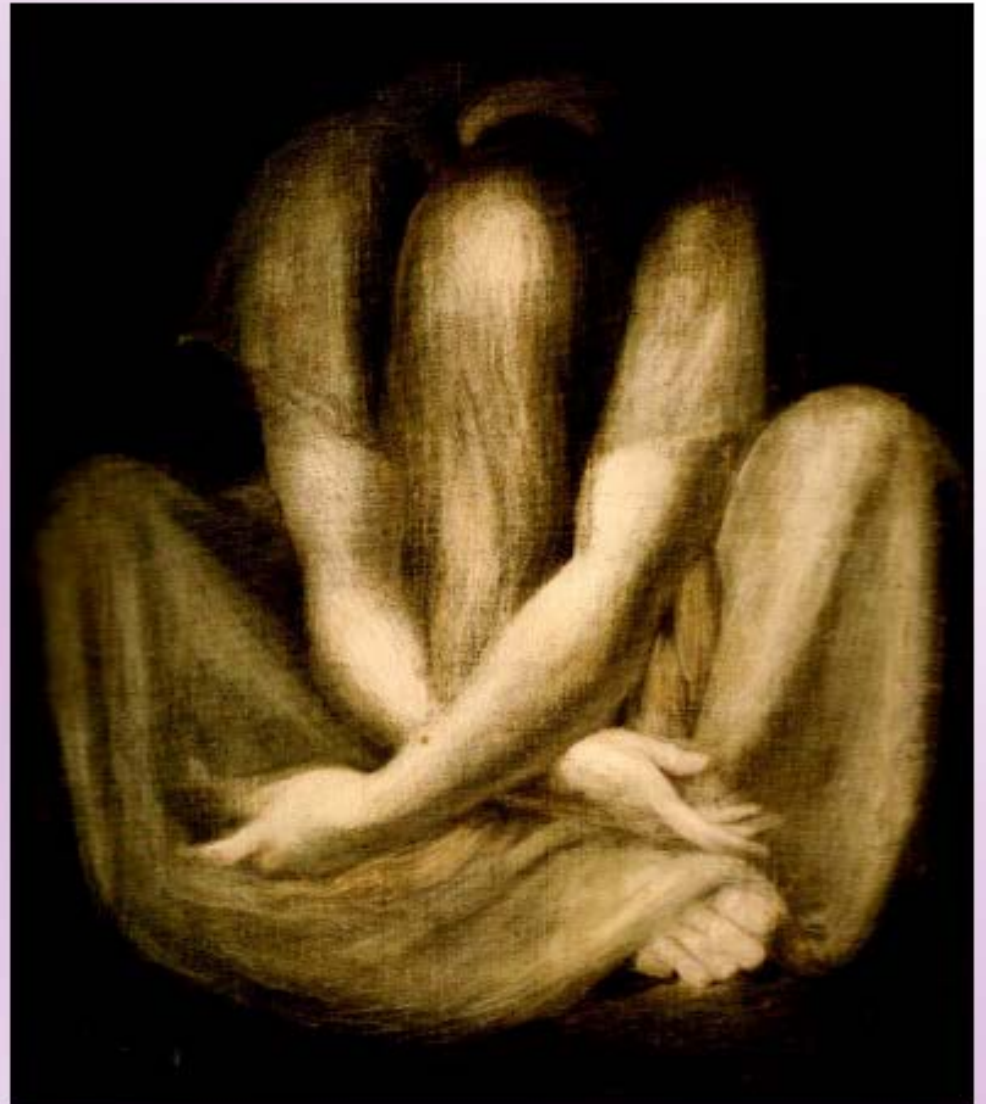
Quando a Napoli ci fu il colera, la colpa fu data alle cozze; in televisione però le cozze furono chiamate mitili e allora successe che buona parte dei napoletani, non sapendo cosa fossero i mitili, continuarono a mangiare le cozze

Il dolore è un'esperienza che nessuno di noi vorrebbe sperimentare



“Posso simpatizzare con qualsiasi cosa tranne che con la sofferenza” (O. Wilde)

*Il dolore è
un'esperienza
privata e
complessa,
influenzata da
fattori intrinseci
ed estrinseci*



Il Silenzio

J.H. Füssli (1741-†1825)

Il dolore colpisce la vita dei pazienti

- si manifesta in un **comportamento** (grida, pianto, posizione antalgica, ricerca di aiuto..)
- **non è un fenomeno visibile** né direttamente comunicabile

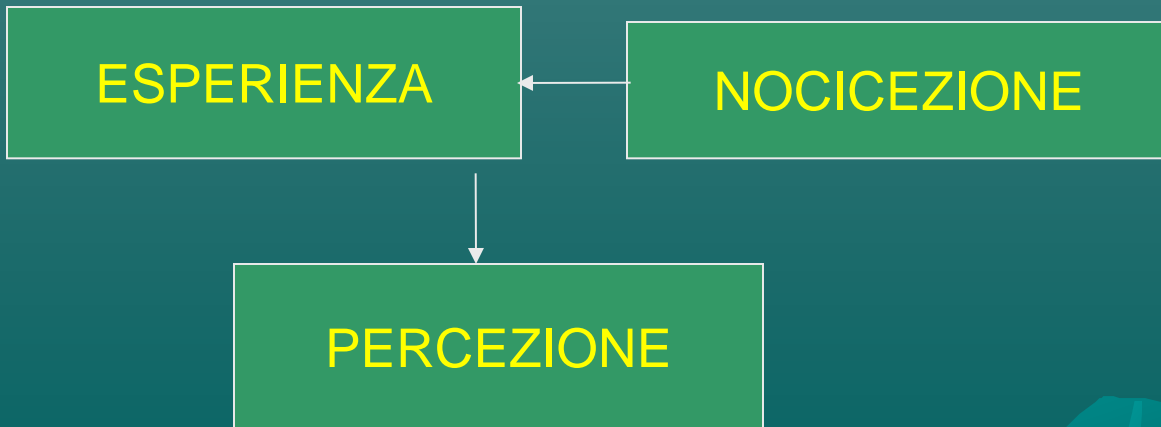


**“ IL DOLORE E’ UNA ESPERIENZA
PERSONALE SENSORIALE ED
EMOZIONALE SPIACEVOLE ASSOCIATA
AD UN DANNO TISSUTALE ATTUALE O
POTENZIALE O DESCRITTA IN TALI
TERMINI “ (IASP, International Association
Study of Pain)**




DOLORE

DA QUESTA DEFINIZIONE SI RICAVA COME IL DOLORE SIA UNA PERCEZIONE , NON UNA SENSAZIONE REALE, COME AVVIENE PER LA VISTA O PER L'UDITO. ESSA COINVOLGE LA SENSIBILITA' TISSUTALE A DETERMINATI STIMOLI CHIMICI ED ESSI VENGONO INTERPRETATI COME NOCIVI




**IL DOLORE NON E' IN RELAZIONE
SOLTANTO CON LA NOCICEZIONE
(rilevazione di un danno tessutale) MA
ANCHE CON LA MINACCIA O IL TIMORE
DI PROVARE DOLORE (cd componente
affettiva del dolore)**



LA SOFFERENZA

E' la risposta negativa al dolore

NON SEMPRE PUO' ESSERE
CORRELATO CON L'ESISTENZA O LA
GRAVITA' DI LESIONI ANATOMO-
PATOLOGICHE



COMPONENTI DEL DOLORE

NOCICEZIONE: rilievo di un danno tessutale (componente oggettiva)

PERCEZIONE: sensazione di uno stimolo, non necessariamente proveniente dalla periferia, ma che può originare anche dall'interessamento diretto delle strutture nervose centrali o periferiche (livello neuropatico)

SOFFERENZA: percezione dell'elaborato corticale delle precedenti componenti sulla base del vissuto del singolo individuo (interessi, ruolo sociale, stress, ansia, ecc.)

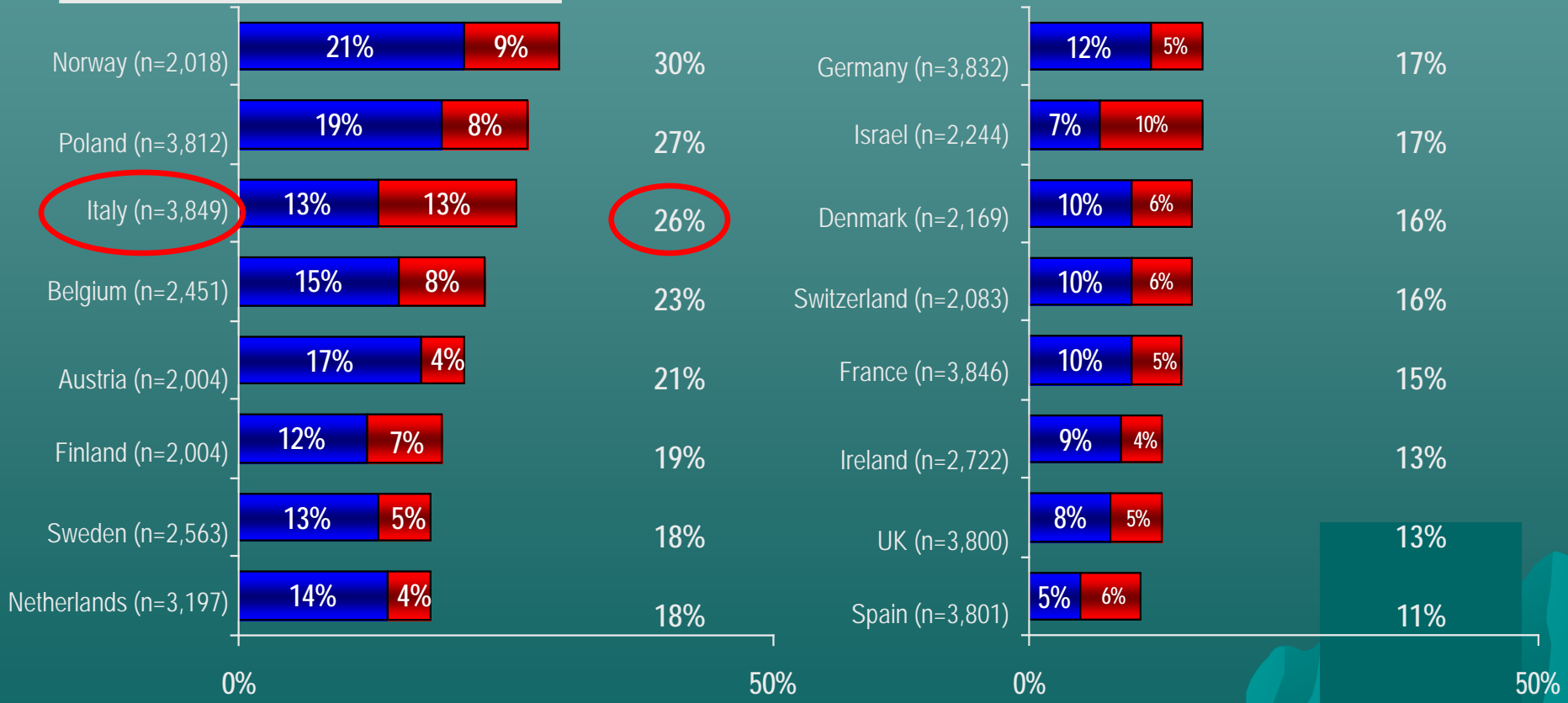
REAZIONE COMPORTAMENTALE: è la risposta allo stimolo spiacevole (dolore) che si manifesta con reazioni e gestualità spesso inconsce ed involontarie, oppure con specifiche richieste di aiuto (livelli cognitivo-percettivo e sociologico-ambientale)

Prevalenza del dolore Cronico in Italia

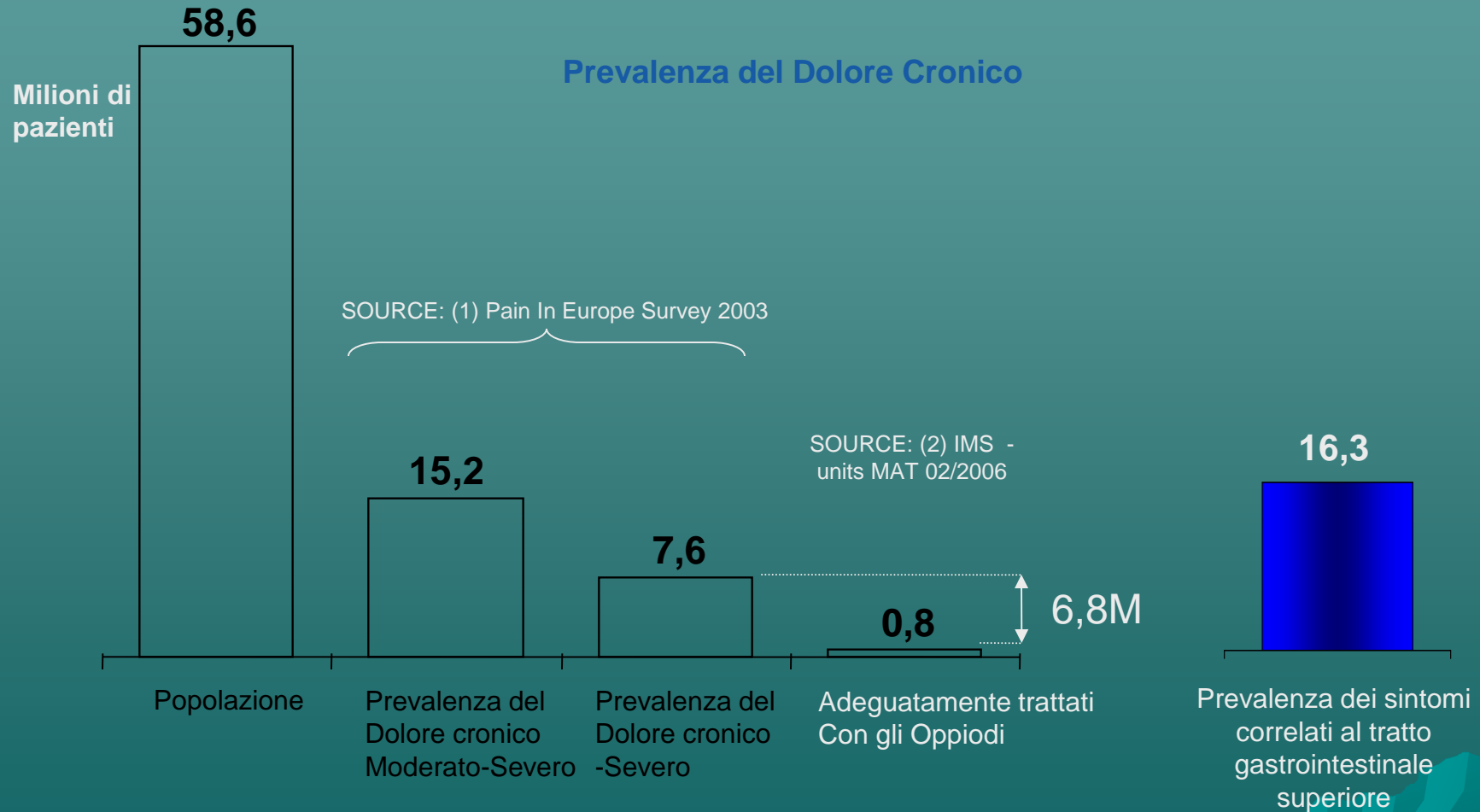
Prevalenza generale = **19%**
(n=46,394)

Moderato 13% **Severo 6%**

■ Moderato
■ Severo



Epidemiologia in Italia

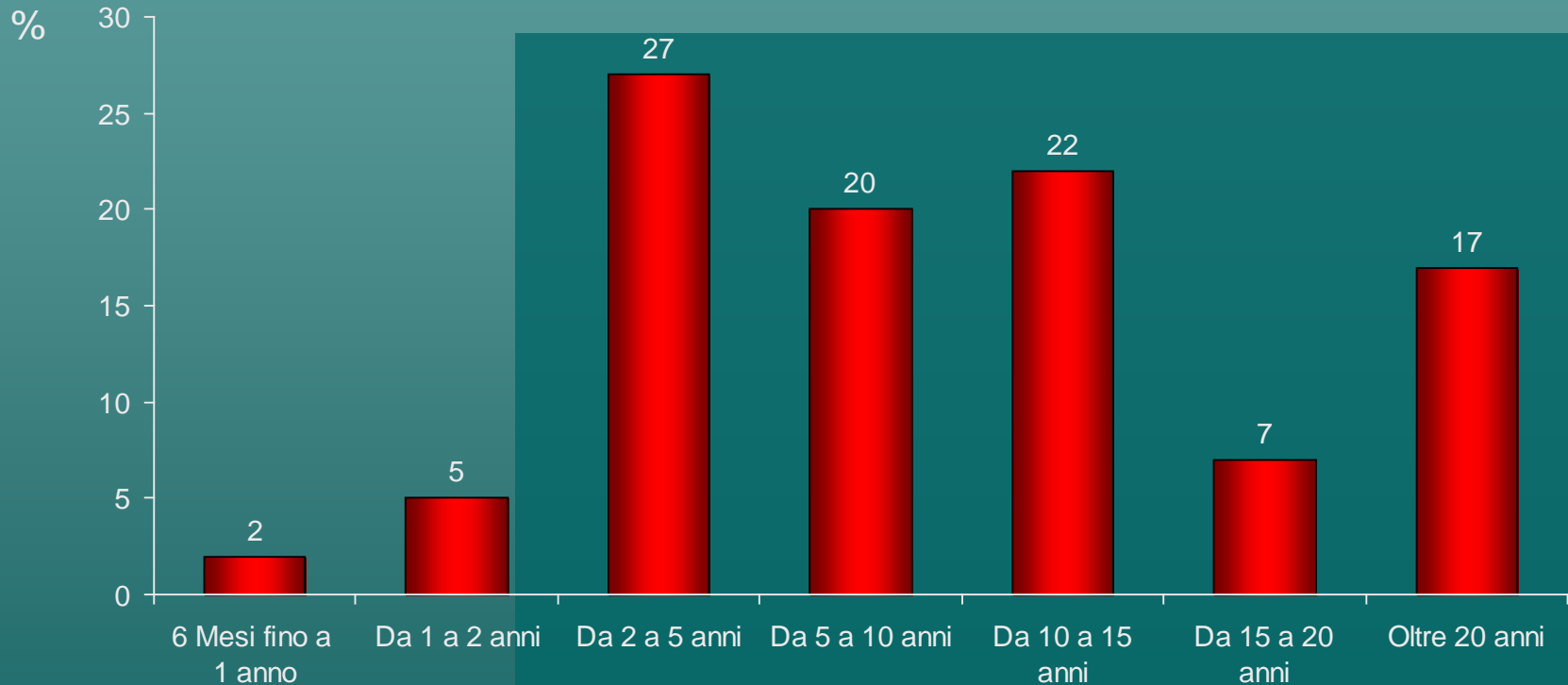


Modalità di trattamento distinte per paese

	Totale pesato	UK (n=300)	France (n=300)	Germany (n=302)	Italy (n=300)	Spain (n=301)	Poland (n=300)	Sweden (n=300)	Norway (n=304)	Denmark (n=303)
NSAIDs	44%	23%	25%	54%	68%	49%	71%	27%	24%	38%
oppiacei Deboli	23%	50%	19%	20%	9%	13%	28%	36%	50%	8%
Paracetamolo	18%	38%	38%	2%	6%	8%	8%	26%	45%	0%
COX-2 Inibitori	6%	3%	6%	8%	7%	2%	1%	7%	11%	8%
oppiacei Forti	5%	12%	4%	4%	0%	1%	4%	3%	6%	11%

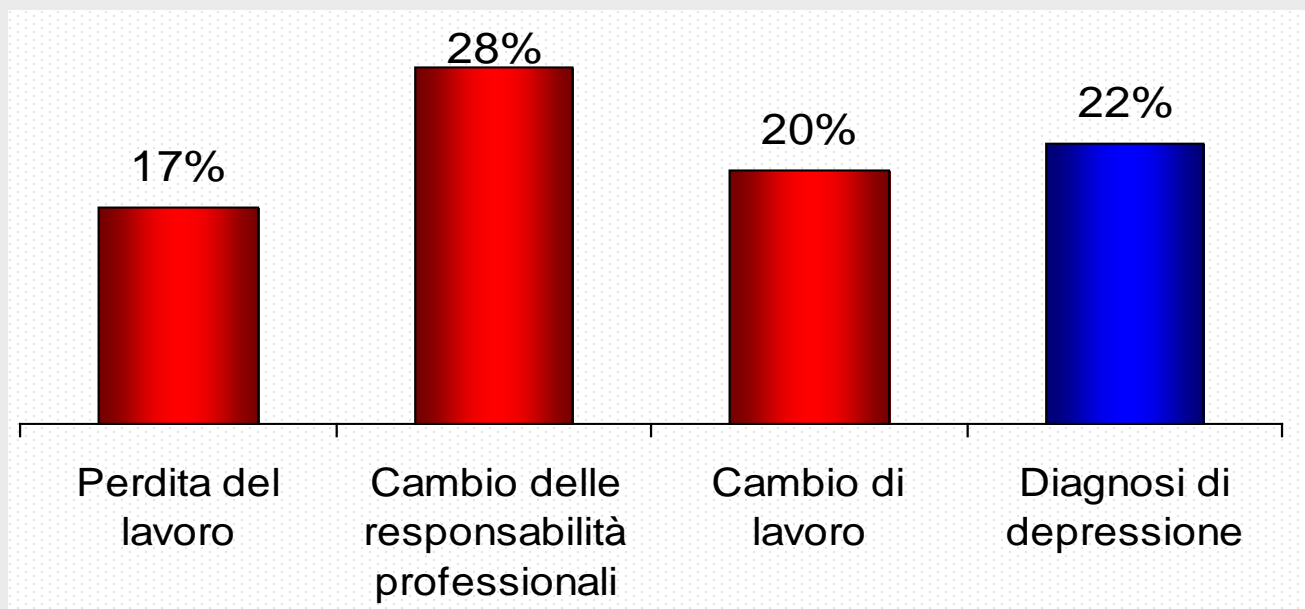
Durata del Dolore Cronico

Media anni durata del dolore come riferito dai pazienti
Italia (n=300)



L'impatto sociale del dolore cronico

Impatto del dolore nella vita sociale e professionale del paziente
– Italia – (n=299)



**CIRCA IL 30% DELLA POPOLAZIONE
ADULTA E' AFFETTO DA DCB,
ATTRIBUIBILE NEI 2/3 DEI CASI
A PATOLOGIA MUSCOLO-SCHELETRICA**



Classificazione del dolore

DOLORE ACUTO

- ◆ Esordio improvviso.
- ◆ Si presenta pungente, localizzato, può irradiarsi.
- ◆ Esempi: fratture, dolore post partum, dolore post chirurgico

DOLORE CRONICO

Non chiaramente definito.

Sordo, dolente, persistente, diffuso.

Permane per almeno sei mesi.

Spesso assenza di risposta fisiologica, il paziente può presentare segni di depressione, è chiuso in sè, fiacco, sfinito.

CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE

(Crue e Pinsky)

- ◆ **ACUTO**: durata massima pochi giorni, da lieve a grave, causa nota o meno, sempre determinato da uno stimolo nocicettivo (p. es. un trauma)
- ◆ **SUBACUTO**: durata da alcuni giorni a qualche mese, simile al d. acuto, non è una emergenza
- ◆ **ACUTO RICORRENTE**: sintomo recidivante per la presenza di un input nocicettivo ricorrente o prolungato provocato da processi patologici cronici (p.e. artrite reumatoide)
- ◆ **ACUTO PROGRESSIVO**: sintomo continuo ed ingravescente indotto da input nocicettivo continuo e prolungato (p. es. neoplasie)

CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE

(Crue e Pinsky)

- ◆ **DOLORE CRONICO BENIGNO:** durata > 3 mesi, non neoplastico, l'input nocicettivo può non essere conosciuto; qualsiasi input sensoriale che venga a sommarsi assume importanza particolare; può essere considerato un dolore da causa centrale, completamente svincolato da ogni stimolo periferico (p. es. fibromialgia)
- ◆ **DOLORE CRONICO INTRATTABILE:** l'atteggiamento del paziente sovrasta ogni altra componente; il comportamento stesso del malato viene modificato ed il dolore diviene il punto centrale della sua vita

CLASSIFICAZIONE TEMPORALE DI MELZACK E LOESER

- ◆ **DOLORE TRANSITORIO:** determinato da stimoli nocicettivi di breve durata; funzione di allarme al fine di proteggere l'individuo da un danno tessutale
- ◆ **DOLORE ACUTO:** secondario ad uno stimolo definito e determinato da una lesione tessutale in atto, ma non irreversibile
- ◆ **DOLORE CRONICO:**
 - a) determinato da uno stimolo nocicettivo persistente
 - b) conseguenza di uno stimolo nocicettivo temporaneo che ha indotto modificazioni permanenti delle altre componenti (percezione, sofferenza, reazione comp.)

Tipo di dolore rispetto al tempo.

Continuo


Intermittente

A decorative graphic at the bottom of the slide showing a range of mountains or hills in various shades of teal and blue, rendered in a stylized, layered manner.

Tipo di dolore rispetto alla sede

- ◆ Viscerale (poco localizzabile)
- ◆ Somatico (cute, apparato vascolare, ben localizzabile)
- ◆ Neuropatico (trafitture di spilli, dolore diffuso, sindrome post erpetica, arto fantasma)


Dolore Viscerale

- ◆ Determinato da stimolazione di terminazioni nervose libere di organi interni (nocicettori).
 - ◆ Distribuzione vaga.
 - ◆ Profondo, sordo e dolente.
 - ◆ Spesso associato a nausea, vomito, alterazione della pressione e del battito cardiaco.
 - ◆ Esempi: crampi intestinali, dolore mestruale.
- 

Dolore Somatico

- ◆ Determinato da stimolazione di terminazioni nervose libere cutanee o superficiali e profonde (nocicettori)
- ◆ Lo stimolo che produce il dolore e' evidente (trauma)
- ◆ Il dolore è localizzato.
- ◆ Tende ad essere responsivo agli analgesici.
- ◆ Può essere anche dovuto a un organo viscerale affetto da patologia.
- ◆ Dolore riferito; braccio sinistro- infarto è un classico esempio di dolore somatico.

Dolore Neuropatico

- ◆ E' causato da un danno al sistema nervoso periferico o centrale.
 - ◆ Assenza di stimolo evidente.
 - ◆ Il dolore è insolito, dissimile dal dolore somatico.
 - ◆ Può persistere malgrado la terapia antalgica.
 - ◆ Sindrome dell'arto fantasma, è un esempio di dolore neuropatico.
- 


Meccanismi fisiopatologici

Dolore nocicettivo:

Si attivano i nocicettori a livello delle strutture che producono

- ◆ una sensazione molesta di tipo acuto, continua, pulsante, come una pressione
- ◆ Sensazione dolorosa mal localizzata, crampiforme o urente, profonda, riferita anche a aree distanti

Il dolore neuropatico

- ◆ Deriva da un danno a livello del SNC o SNP che comporta un'alterazione delle afferenze somatosensoriali
 - ◆ Il dolore è riferito come urente, parossistico, come una scossa elettrica
 - ◆ Si può associare a parestesia, allodinia o iperalgesia
- 

Aspetti psicologici che influenzano la percezione e la soglia del dolore



- * Ansia
- * spossatezza
- * terrore
- * isolamento
- * sofferenza
- * paure



Insonnia
rabbia
depressione
dolore



- * sonno
- * riposo
- * distrazioni
- * empatia
- * solidarietà

IL CONTESTO

Precedenti esperienze di dolore

Atteggiamenti dei familiari

Differenze individuali

Sesso

Età e fasi di vita

stati psicologici

Aspetti socio-culturali e religiosi



Il contesto del dolore



- Il contesto attuale (situazione in cui l'esperienza di dolore si verifica)



- Motivo del dolore
- Motivazione al dolore

TIPOLOGIA DEL DOLORE

cronico non
neoplastico

cronico
neoplastico



DOLORE FISICO+ DOLORE
EMOZIONALE+ DOLORE
SPIRITUALE.



DOLORE TOTALE

Memoria del dolore



Memoria del dolore

La memoria del dolore è influenzata non solo dall'intensità dello stimolo percepito ma anche dalle conseguenze che ne sono derivate.

Memoria del dolore

Sembra che la memoria del dolore di per sé possa agire come stimolo doloroso e determinare un'esperienza dolorosa anche in assenza di stimoli dolorosi.

Memoria del dolore

Il ricordo di spiacevoli sensazioni
dolorose può influenzare
significativamente la percezione di
un nuovo stimolo doloroso.

(Bryant 1993)



Memoria del dolore

Complicati meccanismi


neurofisiologici stanno alla base della

memorizzazione spinale del dolore




PUNTO NODALE E' IL FENOMENO DELLA PLASTICITA' NEURONALE A LIVELLO DEL MIDOLLO SPINALE (dove convergono le afferenze periferiche, da cui partono le vie afferenti centrali e su cui agiscono le vie inibitorie discendenti)


LA STIMOLAZIONE NOCICETTIVA
PROLUNGATA CON PERSISTENZA DI
AFFERENZE NOCICETTIVE ATTIVA
UNA CASCATA DI MECCANISMI
NEUROCHIMICI →



MODIFICAZIONI DELLE
CONNESSIONI INTERNEURONALI
CON SQUILIBRIO DELLA
ORGANIZZAZIONE SINAPTICA A
FAVORE DELLA COMPONENTE
ECCITATORIA A SCAPITO DI QUELLA
INIBITORIA →

A stylized, layered mountain range graphic in shades of teal and blue, located in the bottom right corner of the slide.


TALI MODIFICAZIONI, UNA VOLTA
INSTAURATESI, PERSISTONO ANCHE
SE SI ABOLISCE LA CAUSA
SCATENANTE, CIOE' LO STIMOLO
PERIFERICO, ED HANNO I CARATTERI
DELLA MEMORIA



CLINICAMENTE SI HA

- ◆ DOLORE SPONTANEO
 - ◆ ALLODINIA
 - ◆ IPERALGESIA
- 


La memorizzazione del dolore comporta:

- riduzione soglia del dolore
 - aumento risposta del neurone
 - presenza di iperalgesia
 - dolore persistente
 - cronicizzazione di alcune forme di dolore
- 

IL FENOMENO CLINICO PIU' EVIDENTE E' LA DOLORABILITA' CHE DERIVA DA DUE EVENTI FISIOPATOLOGICI

- ◆ **IPERALGESIA**: esagerata sensazione di dolore in risposta ad uno stimolo nocivo
- ◆ **ALLODINIA**: sensazione dolorosa in seguito ad uno stimolo innocuo


CONSEGUENZE CLINICHE

- ◆ riduzione soglia agli stimoli nocivi – innocui
 - ◆ aumentata sensazione dolorosa in risposta a stimoli soprasoglia
 - ◆ dolore spontaneo (o comunque svincolato dallo stimolo iniziale che può essersi oramai esaurito)
- 

GLOBALMENTE QUESTI EVENTI
SONO DEFINITI **SENSITIZZAZIONE** –
EVENTO NEUROFISIOLOGICO CHE SI
VERIFICA SIA A LIVELLO PERIFERICO
CHE CENTRALE E CONDUCE AD UNA
TRASFORMAZIONE ED ESALTAZIONE
DELL'INFORMAZIONE NOCICETTIVA

La valutazione del dolore

Bisogna tenere in considerazione tre concetti:

1. La valutazione clinica complessiva
 2. **Il paziente**
 3. Il dolore che si vuole misurare
- 

Intensità del dolore



Emozione 1
spiacevolezza



Emozione 2
Depressione
Frustrazione
Rabbia
paura



comportamento

Dolore: il 5° segno vitale

- ◆ Il dolore deve venire considerato come il "5° segno vitale"
- ◆ Bisogna registrare il dolore dei pazienti ogni qualvolta si registrano frequenza cardiaca, pressione arteriosa, temperatura, e frequenza respiratoria
- ◆ Il personale medico e infermieristico deve considerare l'evidenza di un dolore non controllato come un "allarme rosso"

La percezione del dolore da parte del paziente

Il dolore è soggettivo e può venire influenzato da:

- ◆ Età^{1,2}
- ◆ Sesso¹
- ◆ Cultura²
- ◆ Comunicazione/capacità di linguaggio
- ◆ Precedenti esperienze

1. Burns JW, et al. *Anaesthesia*. 1989;44:2-6.

2. Preble L, Sinatra R. In: Sinatra RS, et al, eds. *Acute Pain Mechanisms and Management*. St. Louis: Mosby-Year Book; 1992:140-150.

Per un'attenta valutazione del dolore

considerare:

- ◆ siti del dolore
- ◆ quantità del dolore
- ◆ qualità e tipologia (cercare "attivamente" le caratteristiche correlabili a dol. neuropatico)
- ◆ fattori esacerbanti e migliorativi
- ◆ episodi di BTP (*breakthrough_{anch} pain*)
- ◆ *pattern* temporale
- ◆ risposte ai pregressi trattamenti


(Foley, 1998)

Per un'attenta valutazione del dolore

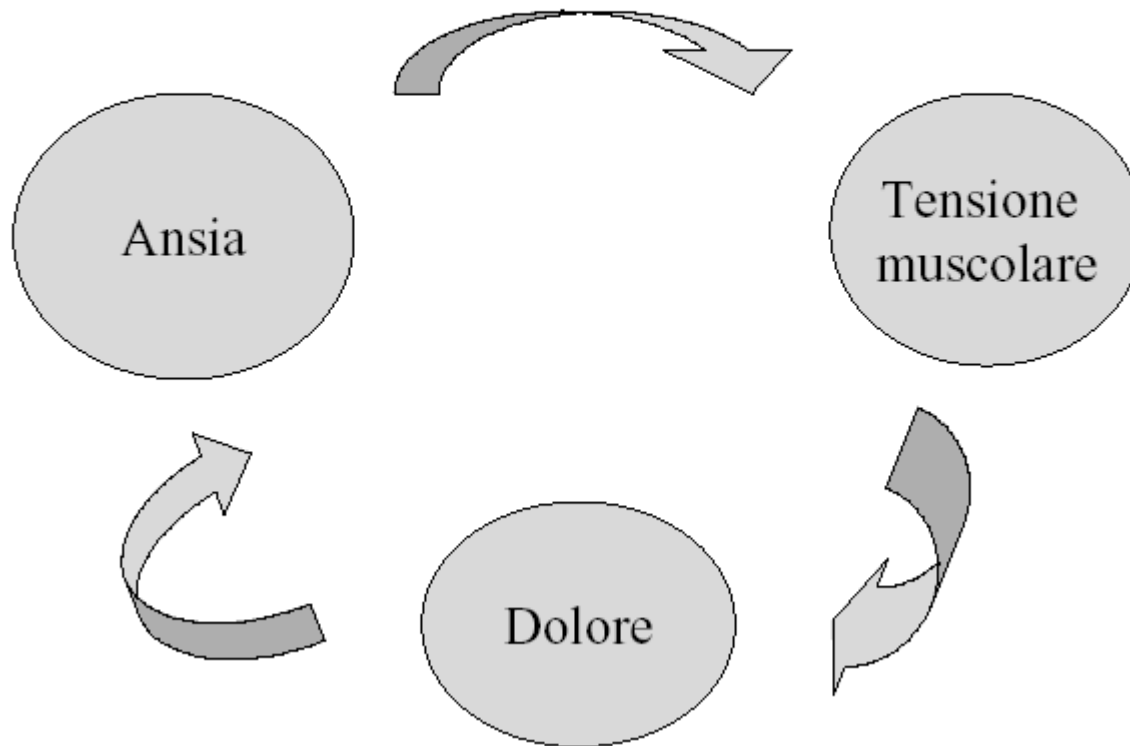
considerare anche:

- ◆ **sintomi e segni associati**
- ◆ **interferenza sul modello e la qualità di vita quotidiana e sull'autonomia del soggetto**
- ◆ **impatto sull'assetto psicologico**

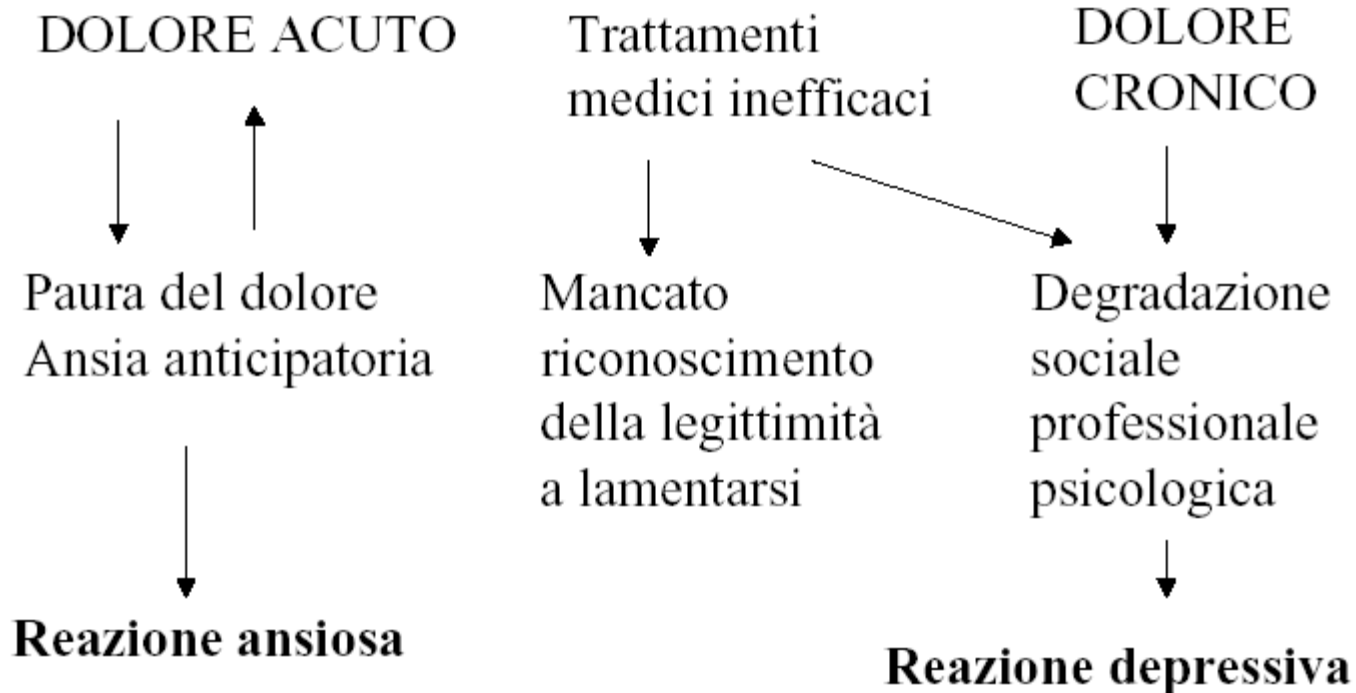
CONSEGUENZE DEL DOLORE

- ◆ Modifica della personalità
 - ◆ Adattamento dello stile di vita
 - ◆ Diminuzione della qualità della vita
 - ◆ Mutamenti relazionali
 - ◆ Inabilità lavorativa
 - ◆ Modifica degli interessi
- 

Circolo vizioso



Dolore e ansia o depressione



Scale unidimensionali del dolore

- ◆ Analogiche visive (VAS)
- ◆ Scale numeriche (NRS)
- ◆ Scale verbali (VRS)

VAS

- ◆ Adatta per valutazioni rapide
- ◆ Semplice
- ◆ Limiti: difficile da usare per pazienti con livello culturale più basso e con gli anziani
- ◆ Può non essere sensibile nel valutare gli effetti delle terapie che modificano la componente affettiva del dolore

NRS

- ◆ Il dolore può essere valutato con una sola domanda: considerando una scala da 0 a 10 in cui 0 corrisponde all'assenza di dolore e a 10 il massimo dolore immaginabile, quanto valuta l'intensità del suo dolore?
- ◆ Rapide semplici e di comune impiego

VRS

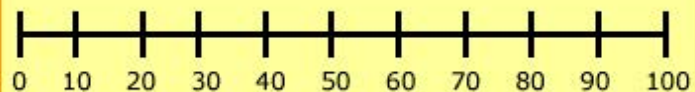
- ◆ Il livello di intensità del dolore si valuta con degli **aggettivi**
- ◆ Sono disposti per gradi (nessun dolore, lieve moderato, forte, fortissimo)
- ◆ Limite: possono non comprendere tutti i livelli del dolore
- ◆ La distanza tra un grado e l'altro non è sempre uguale

Principali scale di quantificazione del dolore

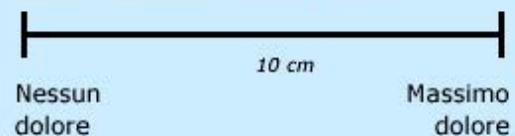
Scala verbale

- assente
- lieve
- moderato
- forte
- fortissimo

Scala numerica



Scala analogica visiva (VAS)



Scala cromatica

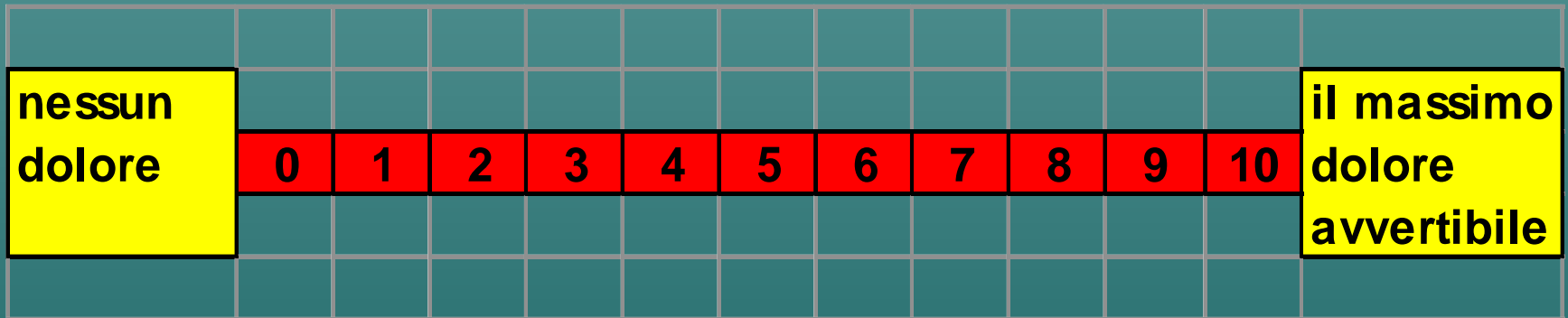
Massimo dolore



Nessun dolore



Scala numerica a 11 punti




E' inoltre opportuno suddividerle in:

- **auto valutative** (self-report) si basano sulla descrizione verbale o analogica che la persona riesce a dare del proprio dolore, i limiti pertanto sono posti soprattutto dalle capacità cognitive e comunicative e dall'età del paziente (*grado raccomandazione C*);

- **etero valutative** valutano specifici indici comportamentali e fisiologici in risposta ad uno stimolo doloroso derivandone un punteggio secondo l'intensità del dolore, sono oggettive e rappresentano l'analisi comportamentale associata a parametri fisiologici e si utilizzano qualora l'autovalutazione (anche assistita) non sia possibile o affidabile

Scale di sollievo

- ◆ Si utilizzano in associazione alla misurazione dell'intensità del dolore
 - ◆ Associata a misurazione del tono dell'umore e dello stress psicologico
 - ◆ Limiti: troppo soggettiva, non attendibile
- 

Questionari multidimensionali

◆ MPQ

◆ Brief Pain Inventory

MPQ

- ◆ 78 descrittori del dolore che comprendono 3 dimensioni: sensoriale, affettiva e valutativa
- ◆ In Italia esistono 2 versioni: il più usato è il QUID
- ◆ Il paziente definisce il suo dolore con degli aggettivi (periodico, persistente bruciante, ecc.)


Brief pain inventory

- ◆ Valuta l'interferenza del dolore con le abituali attività (psicosociali e fisiche)
- ◆ È basato su scale da 0 a 10
- ◆ Dolore peggiore, medio e minimo nelle 24 ore precedenti e dolore attuale
- ◆ Sollievo da 0 a 100
- ◆ Valido sia per DCB che per dolore neoplastico
- ◆ Dolore diventa significativo sopra 5

Somministrazione

- ◆ I test sono più affidabili se somministrati più volte nell'arco della giornata e per diversi giorni consecutivi
- ◆ Da tenere in considerazione:
 1. Riferimenti temporali
 2. Condizioni cliniche particolari (breakthrough pain)
 3. Siti di dolore

La valutazione del dolore comprende:

- ◆ Anamnesi medica
 - ◆ Esame fisico
 - ◆ Anamnesi del dolore
 - ◆ Descrizione del dolore (localizzazione, qualità, frequenza, intensità, disturbi consecutivi)
 - ◆ Esame neurologico
 - ◆ Esame psicosociale
- 

La documentazione sul dolore

Le cartelle giornaliere aiutano i pazienti a documentare il dolore fra una visita ospedaliera e l'altra.

Per fornire un quadro utile, dovrebbero contenere le seguenti informazioni:

Dov'è il dolore?

Com'è il dolore?

Quali sono i sintomi e i segni associati al dolore?

Il dolore varia durante il giorno?

Quando è iniziato il dolore?

Quali fattori rendono il dolore migliore –peggiore?

Come il dolore influenza la vita quotidiana?

Come il dolore influenza la vita del paziente?

Come il dolore influenza l'atteggiamento del paziente?

Come il dolore risponde alla terapia?

Diario del dolore

Intensità del dolore

0 Nessun dolore

1 Dolore lieve

2 Fastidioso

3 Angosciante

4 Intenso

5 Atroce

Lunedì	Situazione del manifestarsi del dolore	Intensità (0-5)	Descrivere la sensazione e localizzarla (bruciore, dolore act)	Azione o terapia
Data:				
Tempo 1				
Tempo 2:				
Tempo 3:				
Martedì	Situazione al manifestarsi del dolore	Intensità (0-5)	Descrivere la sensazione e localizzarla (bruciore, dolore act)	Azione o terapia
Data:				
Tempo 1				
Tempo 2				
Tempo 3				

Principali cause di dolore cronico

60% Malattie muscolo-scheletriche

degenerative

**OSTEO-
ARTROSI**

**LOW
BACK
PAIN**

infiammatorie


**ARTRITE
REUMATOIDE**

extrarticolari

FM

**SDR
CORRELATE**

SINDROMI NEUROPATICHE


- ◆ Diabete
 - ◆ Nevralgia post-herpetica
 - ◆ Sindromi regionali complesse (algodistrofia, M.di Sudek)
 - ◆ Dolore fantasma
 - ◆ Dolore centrale
 - ◆ Dolore da lesione vertebro-midollare
- 

Dolore viscerale

- ◆ Torace

- ◆ Addome

- ◆ Pelvi-genitale


- ◆ Dolore in paziente HIV positivo
 - ◆ Cefalee-emicranie
- 

**RACCOMANDAZIONI
AZIENDALI
PER LA VALUTAZIONE E
IL TRATTAMENTO DEL DOLORE**



Da più di un decennio, in Italia, il Legislatore ha ribadito sottolineato l'importanza della realizzazione di progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine, ribadita dalla recente legge n. 38 del 2010.

L'Italia è al terzo posto in Europa, dopo Norvegia e Belgio, per quanto riguarda la prevalenza del dolore cronico e al primo posto per quanto riguarda la prevalenza del dolore cronico severo (13%) (Breivik et al., 2006, 2009).



Ogni azienda deve utilizzare una metodologia appropriata a rilevare tale sintomo

Metodologia che ha come obiettivo

OBIETTIVO

- Uniformare le modalità di valutazione del dolore tra tutti gli operatori coinvolti nel processo di assistenza e cura.*
- Ottenere una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali*
- Attuare un adeguato approccio terapeutico.*
- Favorire la compliance nella relazione operatore sanitario-assistito.*

AMBITO DI APPLICAZIONE

COSA

Le raccomandazioni per la valutazione e il trattamento del dolore si applicano a tutte le SOC\SOS ospedaliere e territoriali

A CHI

A tutti gli operatori coinvolti nel processo di assistenza e di cura

DOVE

In tutte le SOC\SOS ospedaliere e territoriali

PER CHI

Il documento è a tutela di tutti i pazienti degenti o ambulatoriali di tutte le SOC\SOS ospedaliere e territoriali

RESPONSABILITA'

Infermiere/
inf.pediatrico/
ostetrica

Medico

OSS

Valutazione

R

R

R

Prescrizione
trattamento
farmacologico

R

Somministrazione
trattamento

farmacologico e non
farmacologico

R

R

C

Registrazione

R = Responsabile
C = Collabora


R

R

C

Una corretta valutazione del dolore è il primo rilevante passo per effettuare la terapia più adeguata. Il suo rilevamento è fondamentale sia come dato istantaneo, che come monitoraggio nel tempo, permettendo così di determinare l'effetto delle terapie.

Dal momento che il dolore è un'esperienza del tutto soggettiva, analizzarne le caratteristiche significa raccogliere i giudizi del paziente, aiutato dalle scale di valutazione del dolore



Come unanimemente raccomandato da numerosi documenti di consenso e linee guida (European Society for Medical Oncology, 2008; Expert Working Group, 2001; National Comprehensive Cancer Network, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008; WHO, 1996) un trattamento ottimale del dolore prevede:

- la misurazione del dolore con scale validate;
- la registrazione dei valori nella cartella clinica, in uno spazio facilmente accessibile a tutti gli operatori;
- l'individuazione del cut-off di riferimento della scala per l'applicazione del trattamento.

Le scale di valutazione, offrono una lettura oggettiva e confrontabile e forniscono una omogenea valutazione qualitativa del sintomo dolore e dei risultati del trattamento.

QUANDO VALUTARE

PRIMA VALUTAZIONE

- all'ingresso del paziente
- *nei neonati* (ricoverati nel reparto di Pediatria) dopo due ore dalla nascita;

RIVALUTAZIONI SUCCESSIVE

- quotidianamente (almeno una volta giorno, contestualmente alla rilevazione di altri parametri vitale es. temperatura o con la somministrazione della terapia...);
- nei pazienti con deficit cognitivi nei quali la valutazione si effettua con la DOLOPLUS 2 / PAINAD la stima sarà settimanale se non vi sono variazioni clinico-funzionali-comportamentali nel contempo;
- nel post-operatorio: seguire le indicazioni prescritte dall'anestesista;
- al verificarsi degli episodi algici o qualora le condizioni della persona con deficit cognitivi si modifichino

DOPO IL TRATTAMENTO

Da 90 a 120 minuti dalla chiamata del paziente o

CON COSA VALUTARE

Tipologia dei pazienti	Scala da utilizzare
nei neonati a termine fino a 7 anni	scala FLACC (allegato 2)
nei pazienti con capacità cognitive integre	scala NUMERICA SEMPLICE (NRS) (allegato 2)
nei pazienti con capacità cognitive compromesse	scala PAINAD (allegato 3) scala DOLOPLUS 2 (allegato 4)

In alcuni casi è utile valutare sia il dolore a riposo che evocato con il movimento; in caso di algie diffuse è opportuno segnalare in corrispondenza dell'intensità del dolore, la sede dove è stato rilevato (non fare medie matematiche).

DOVE REGISTRARE

Nella scheda di valutazione del dolore (allegato 1), ponendo una X sulla riga corrispondente al valore individuato, segnalando l'ora nell'apposito spazio e siglando con il proprio nominativo*;

- nel post-operatorio la rilevazione del dolore può essere documentata nell'apposito spazio presente sulla scheda di monitoraggio post-operatorio.

*in alternativa ci si può avvalere della scheda dei parametri aggiungendo eventualmente la voce "*dolore*" e segnalando la scala che viene utilizzata o di altre tipologie di scheda (concordate e condivise all'interno delle singole Strutture e previa approvazione delle stesse da parte del gruppo di lavoro del presente documento).


DOVE REGISTRARE

Sarebbe preferibile considerare il dolore come uno dei parametri vitali ed inserirlo nell'apposita scheda di monitoraggio.

Dopo il trattamento del dolore, qualora si utilizzi la scheda di valutazione del dolore (allegato 1), l'intervento va riportato sulla scheda di registrazione del dolore o sulla scheda parametri apponendo vicino alla X o al valore, una T (per la dimostrazione che è stato intrapreso un trattamento farmacologico), nel caso in cui il paziente non acconsenta al trattamento antalgico aggiungere una R vicino alla X della rilevazione.

IL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Gli obiettivi del trattamento del dolore sono:

- Alleviare il dolore a riposo e durante le attività (sia spontanee che volontarie)
 - Garantire un adeguato numero di ore di sonno
 - Migliorare la qualità di vita
- 

QUANDO TRATTARE

Livello di dolore	Tipologia di scala
pari o > a 4	scala NUMERICA SEMPLICE
pari o > a 5	scala FLACC
pari o > a 5	scala DOLOPLUS 2
pari o > a 5	Scala PAINAD

SCELTA DEL FARMACO

Per quanto riguarda le opzioni nella scelta dei farmaci analgesici, è opportuno fare alcune considerazioni sulla scala del trattamento del dolore dell'OMS.

Nel 1996 l'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 1996) ha ripresentato una scala a tre gradini per la gestione farmacologica del dolore, che in un primo tempo era utilizzata per il trattamento del dolore cronico oncologico, e si è estesa poi, non sempre a proposito, anche al dolore non oncologico.

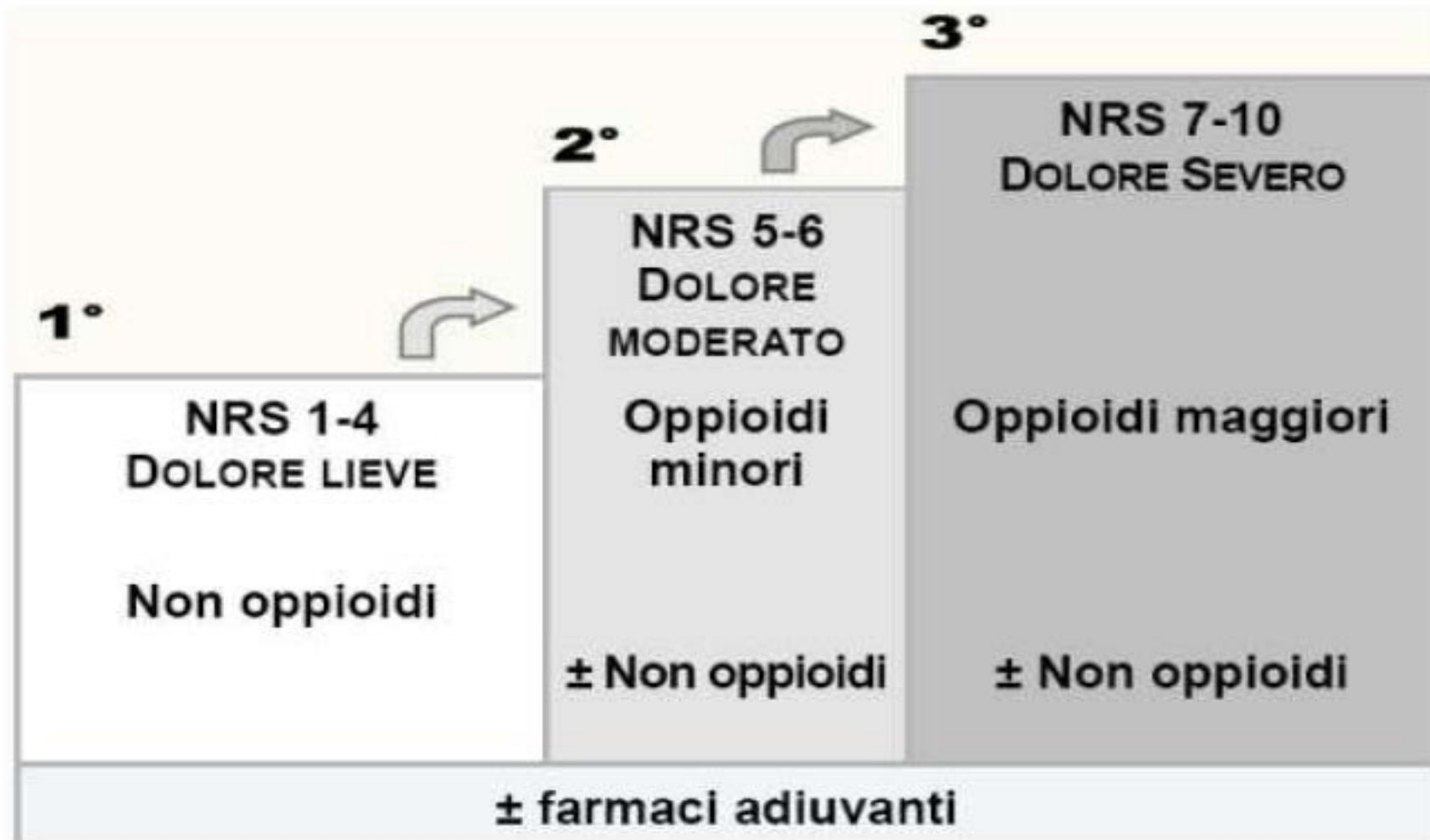



Fig. 1. Scala dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 1996) modificata

La proposta riportata offre indicazioni per la scelta della terapia antidolorifica, che va somministrata ad orari fissi (non al bisogno), e si compone di tre gradini basati sull'intensità del dolore da cui deriva l'indicazione alla scelta della terapia analgesica più appropriata (Serlin et al., 1995):

Livello di dolore	Tipologia di trattamento
dolore lieve (1-4):	FANS o paracetamolo ± adiuvanti
dolore moderato (5-6)	oppioidi minori ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti
dolore severo (7-10)	oppioidi maggiori ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti

Va osservato che una corretta prescrizione medica non può prescindere da un inquadramento fisiopatologico del dolore (nocicettivo meccanico/inflammatorio cutaneo-mucoso, muscolo-scheletrico, viscerale o neurogeno; neuropatico centrale/periferico; misto; psicogeno) e dalle caratteristiche temporali (continuo, episodico, "incident", parossistico, ...) e topografiche (localizzato, riferito, di proiezione, ...) dello stesso.



Basarsi inoltre sulla pura intensità del dolore può essere fuorviante: è comune esperienza di chi lavora a contatto con il malato che la somministrazione di un FANS in un dolore acuto risulta spesso più efficace di quella di un oppioide minore (e la ragione va ricercata nella fisiopatologia di quel dolore), mentre per converso, alla luce delle attuali conoscenze tossicologiche, non è più proponibile una terapia cronica con FANS per una persona anziana.

Anche l'utilizzo a lungo termine, al di fuori dell'ambito oncologico, degli oppioidi maggiori deve essere attentamente ponderato, non essendoci in letteratura sufficienti dati circa la sicurezza di tale impiego.



Circa la somministrazione ad orari fissi, la stessa non va bene per un dolore episodico intenso e comunque è buona norma prevedere sempre, anche nel dolore cronico, una dose al bisogno (di salvataggio).

Anche l'uso degli adiuvanti (farmaci non propriamente analgesici, ma che in alcuni tipi di dolore si comportano come tali oppure ne potenziano l'azione o ne contrastano gli effetti collaterali, consentendone un incremento di dosaggio) andrebbe sempre considerato.

L'esempio più banale è l'efficacia dell'antispastico nel dolore viscerale da occlusione di viscere cavo, situazione nella quale un elevato dosaggio di oppioidi potrebbe essere addirittura controindicato.



DOSAGGI, VIE E TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE

DOSAGGI

- L'intervento farmacologico deve **tenere conto delle caratteristiche della persona** assistita e non solo delle proprietà dei singoli principi attivi.
- La scelta terapeutica dovrebbe **garantire efficacia e** possedere un **basso livello di effetti collaterali** i quali devono essere valutati attentamente per modulare la terapia.
- Il trattamento deve **iniziare con la più bassa dose efficace**, nel rispetto delle proprietà dei singoli farmaci, dell'età e delle patologie concomitanti della persona assistita

VIA DI SOMMINISTRAZIONE

La modalità di somministrazione andrà adeguata al tipo di dolore ed al setting delle cure.

In linea generale:

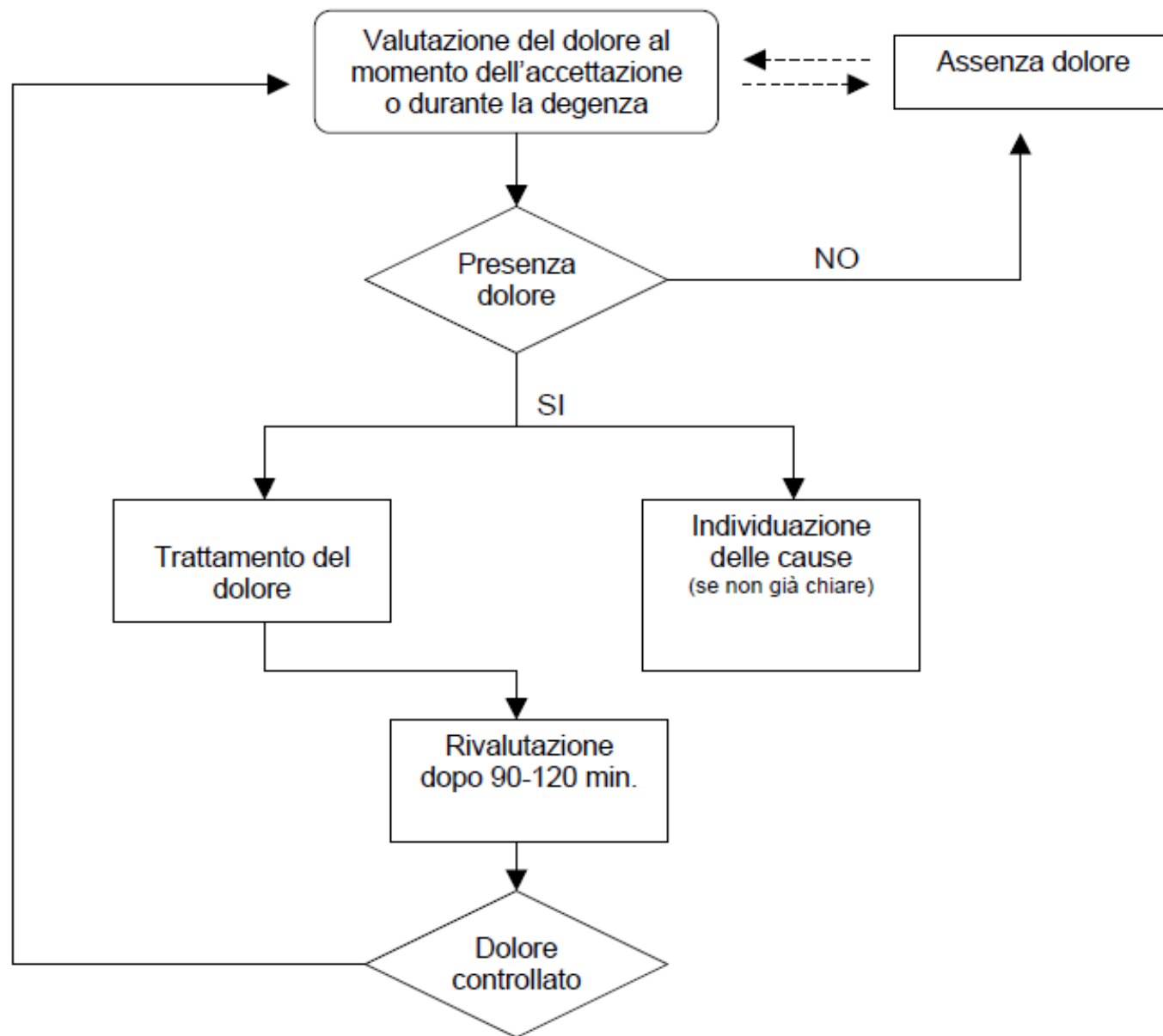
- La via orale è la modalità preferita per il dolore persistente e per il dolore acuto in via di guarigione, in quanto non invasiva e di agevole somministrazione.
- La somministrazione endovenosa è la via parenterale di scelta dopo chirurgia maggiore
- per somministrare gli analgesici sottocutanei considerare l'uso di un sistema di iniezione mediante agocannula
- La via intramuscolare non è raccomandata perché dolorosa e insicura.

VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO

La corretta applicazione del protocollo verrà verificata con i seguenti strumenti:

MODALITA' DI VALUTAZIONE	RESPONSABILE
Audit su cartelle cliniche	Gruppo di audit nominato dalla Direzione Sanitaria Aziendale

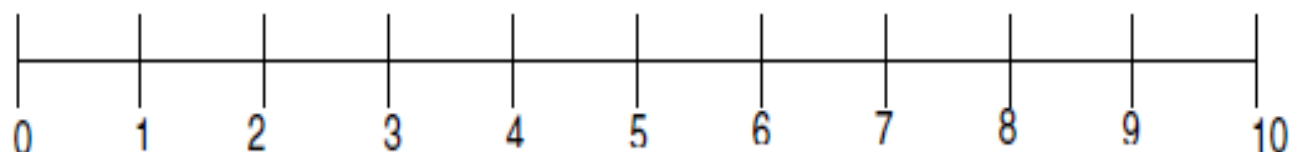
ALGORITMO PER LA VALUTAZIONE DEL DOLORE



Scala FLACC	0	1	2
VISO	Sorride o non presenta espressioni particolari	Smorfie occasionali, espressione disinteressata	Aggrottamento di ciglia da costante a frequente, tremore al mento
PIANTO	Non piange	Geme e piagnucola. Si lamenta occasionalmente	Piange in modo continuo, urla e singhiozza. Si lamenta frequentemente.
CONSOLABILITA'	E' rilassato. Soddisfatto	Si rassicura parlandogli, abbracciandolo, si lascia distrarre	E' difficile da consolare e confortare
GAMBE	Posizione normale e rilassata	Muove le gambe a scatti. La muscolatura è tesa.	Scalcia e ritrae le gambe in modo più frequente.
ATTIVITA'	Ha una posizione normale e tranquilla. Si muove naturalmente.	Si agita, si dondola avanti e indietro. E' teso.	Si inarca in modo prolungato e a scatti

Valore rilevato	Livello di dolore
1-4	Dolore lieve
5-7	Dolore moderato
8-10	Dolore grave

SCALA NUMERICASEMPLICE (NRS)



PAINAD (Pain Assessment in advanced dementia)

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

Valore rilevato	Livello di dolore
1-4	Dolore lieve
5-7	Dolore moderato
8-10	Dolore grave

SCALA DOLOPLUS-2

VALUTAZIONE COMPORTAMENTALE DEL DOLORE NELLA PERSONA ANZIANA

NOME COGNOME :

Servizio :

Osservazione Comportamentale

GIORNI			

RIPERCUSSIONI SOMATICHE					
1* Lamentela (pianti, gemiti)	* assenza di lamentela	0	0	0	0
	* lamentela solo in caso di sollecitazione	1	1	1	1
	* lamentela spontanea occasionali	2	2	2	2
	* lamenti spontanei continui	3	3	3	3
2* Posizioni antalgiche a riposo	* assenza di posizione antalgica	0	0	0	0
	* il soggetto evita alcune posizioni in modo occasionale	1	1	1	1
	* posizione antalgica persistente e efficace	2	2	2	2
	* posizione antalgica persistente e inefficace	3	3	3	3
3* Protezione di zone dolenti	* assenza di protezione	0	0	0	0
	* protezione dopo sollecitazione senza ostacolare il proseguimento dell'esame o delle cure	1	1	1	1
	* protezione dopo sollecitazione impedendo ogni esame o cura	2	2	2	2
	* protezione a riposo, in assenza di sollecitazione	3	3	3	3
4* Mimica	* mimica abituale	0	0	0	0
	* mimica che sembra esprimere dolore sotto sollecitazione	1	1	1	1
	* mimica che sembra esprimere dolore in assenza di ogni sollecitazione	2	2	2	2
	* mimica inespessiva continua e non abituale (titanita, fissa, sguardo nel vuoto)	3	3	3	3
5* Sonno	* sonno abituale	0	0	0	0
	* difficoltà di addormentamento	1	1	1	1
	* risvegli frequenti	2	2	2	2
	* insonnia con ripercussione sulla fase di veglia	3	3	3	3
RIPERCUSSIONI PSICOMOTORIE					
6* Toilette e/o vestirsi	* abilità consuete invariate	0	0	0	0
	* abilità consuete lievemente ridotte (attività possibile usando cautela)	1	1	1	1
	* abilità consuete molto diminuite, toilette e/o vestirsi difficili e incomplete	2	2	2	2
	* toilette e/o vestirsi impossibili (paziente oppositivo ad ogni tentativo)	3	3	3	3
7* Movimenti	* abilità e attività consuete invariate	0	0	0	0
	* attività consuete lievemente ridotte (il malato evita alcuni movimenti, diminuisce la sua abituale lunghezza di deambulazione)	1	1	1	1
	* abilità e attività consuete limitate (anche se aiutato, il malato diminuisce i propri movimenti)	2	2	2	2
	* ogni movimento in possibile, ogni tentativo di mobilitazione provoca un'opposizione	3	3	3	3
RIPERCUSSIONI PSICOSOCIALI					
8* Comunicazione	* invariata	0	0	0	0
	* aumentata (la persona attra l'attenzione in modo insolito)	1	1	1	1
	* diminuita (la persona tende a isolarsi)	2	2	2	2
	* assenza o rifiuto di qualsiasi forma di comunicazione	3	3	3	3
9* Vita sociale	* partecipazione abituale a diverse attività (pasti, animazione, laboratori terapeutici)	0	0	0	0
	* partecipazione a diverse attività solo se sollecitato	1	1	1	1
	* rifiuto parziale di partecipazione alle diverse attività	2	2	2	2
	* rifiuto assoluto di partecipare a qualsiasi attività	3	3	3	3
10* Disturbi del comportamento	* comportamento abituale	0	0	0	0
	* disturbi iterativi del comportamento se sollecitato	1	1	1	1
	* disturbi continui del comportamento dopo sollecitazione	2	2	2	2
	* disturbi del comportamento continui (in assenza di ogni sollecitazione)	3	3	3	3
		SCORE			

LA RELAZIONE DI CURA

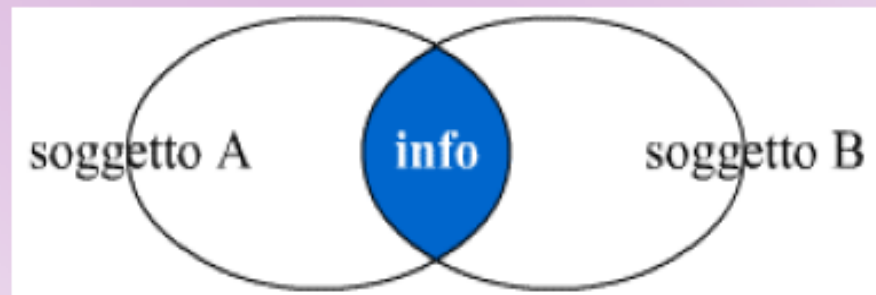
Chi si occupa di pazienti
con dolore (acuto,
cronico, procedurale..)
NON può prescindere
dalla relazione con i
paziente



LA RELAZIONE E LA COMUNICAZIONE



**comunicazione
come relazione,
messa in comune,
comprensione,
scambio.**



La comunicazione si distingue nel
contenuto – *cosa si dice* – e nella
relazione– *come si dice*.

CONTENUTO

la notizia, il dato,
l'informazione

COMUNICAZIONE
VERBALE

RELAZIONE

il modo soggettivo di
interpretare il contenuto in
base ai rapporti con e tra
interlocutori

COMUNICAZIONE
NON VERBALE

Diario del dolore

- *L'ESPOSIZIONE PERSONALE SCRITTA CON ANNOTAZIONE DEL DOLORE IN RELAZIONE AD ESPERIENZE E COMPORTAMENTI QUOTIDIANI.*

- Attività quotidiane
- Tipo di sonno
- Attività sessuale
- Compiti specifici
- Farmaci analgesici assunti
- Alimentazione ecc



Annotare l'intensità del dolore, utilizzando o una VAS o VNS in relazione a particolari comportamenti

MAPPA DEL DOLORE

Viene chiesto di segnare (anche con matite colorare) le parti di una figura umana nelle quali viene avvertito il dolore in uno specifico momento

VANTAGGI :

Semplicità del metodo (anche in ambito pediatrico > 8 aa)

Registrazione in cartella clinica

Facile consultazione

Ripetibile nel tempo

SVANTAGGI :

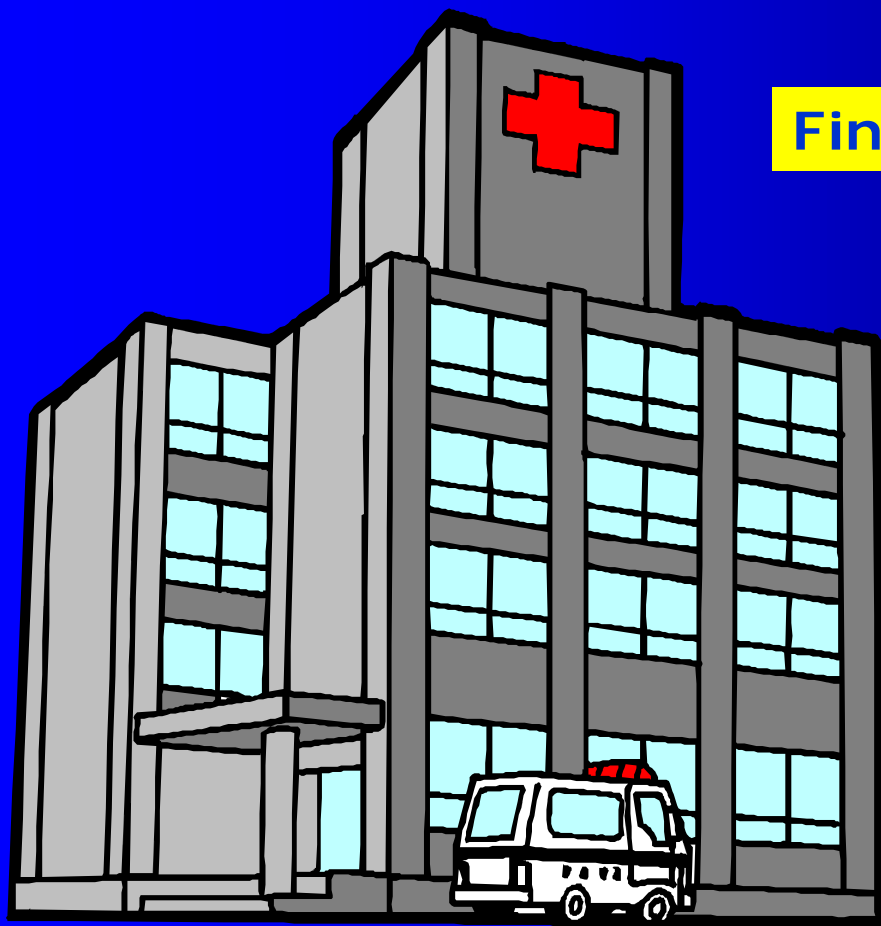
Non misura l'intensità reale del dolore (sede e estensione)

Corporeità del dolore e non la visione olistica del problema



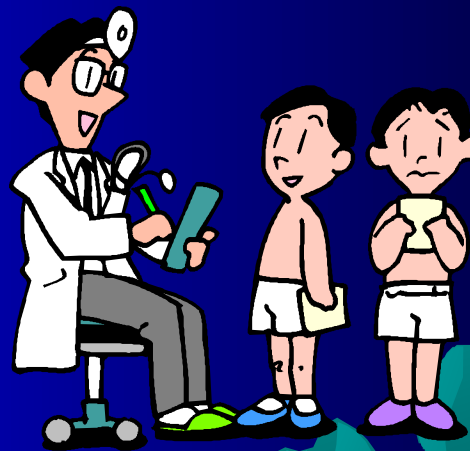
La gestione del dolore

COMITATO “OSPEDALE SENZA DOLORE”



Finalità e programma operativo

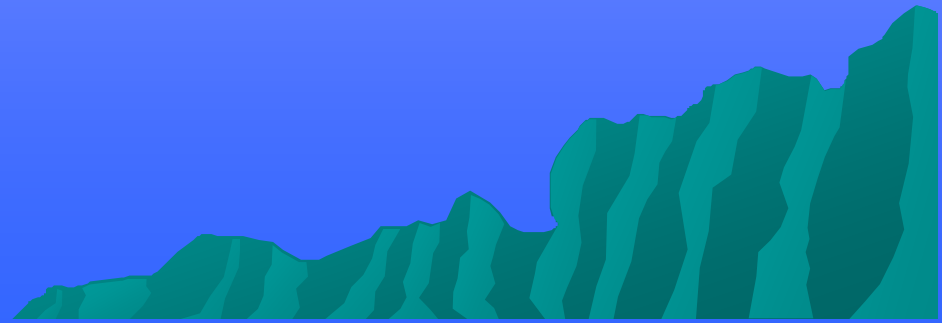
Presentazione:
Dott. Gerardo Spennato



Perché riconoscere, valutare e trattare il dolore è una priorità

A. Il dolore è molto frequente nei ricoverati in ospedale

- solo nel **40-45%** viene trattato in modo soddisfacente
- potrebbe essere controllato almeno nei **90%** dei casi

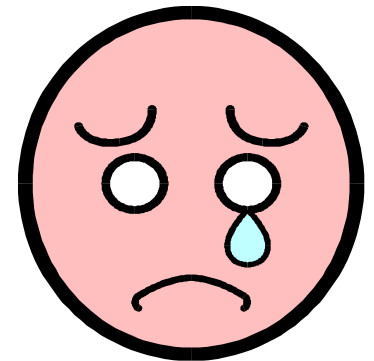


INDAGINE PREVALENZA DEL DOLORE

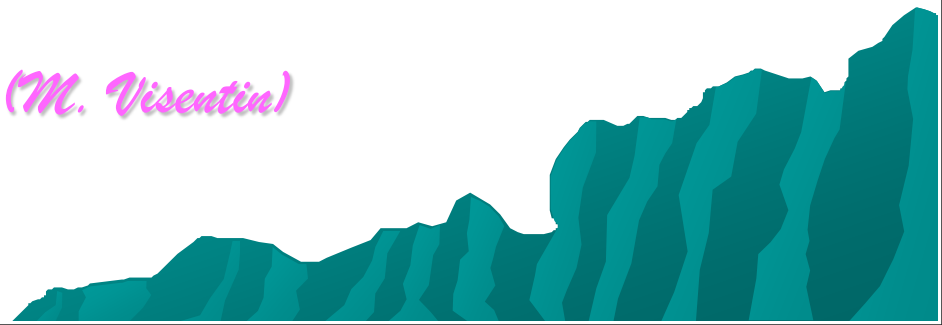
- Condotta nel 2000 in n. 20 ospedali italiani tramite somministrazione di questionario in pazienti:
 - di età superiore ai 6 anni
 - ricoverati da almeno 24 ore
- Rivolta a quantificare l'intensità del dolore percepito al momento dell'intervista e nelle ultime 24 ore
 1. Il 91% dei paziente riporta qualche forma di sofferenza e il 46% riporta dolore intenso al limite della sopportabilità
 1. Solo il 28.5 dei pazienti aveva ricevuto un trattamento analgesico nelle ultime 24 ore. L'80% dei pazienti con dolore intenso e il 60% con dolore moderato non avevano ricevuto alcuna forma di trattamento per alleviare la sofferenza
 1. Nei reparti dove per tradizioni organizzative consolidate il trattamento del dolore è più probabile (rianimazione e chirurgia) la prevalenza e l'intensità del dolore sono significativamente inferiori.

L'indagine evidenzia un quadro di prevalenza sorprendentemente elevata e di un non ottimale controllo del dolore. In particolare

- **troppo spesso il dolore viene trascurato ed il mancato trattamento analgesico è causa di persistenza di dolore grave con una frequenza decisamente insostenibile.**
- **la terapia del dolore non segue regole razionali, che pure sono codificate in modo semplice e lineare da alcuni decenni.**



(M. Visentin)



B. Una strategia che mira a perseguire la progressiva qualificazione dei servizi sanitari non può prescindere dalla lotta al dolore, di qualsiasi origine e in ogni contesto di cura

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.



Punti chiave linee guida per il trattamento del dolore **- Joint Commission on Accreditation** **of Health Care Organizations -**

1. Diritto del paziente ad essere trattato contro il dolore
2. Valutare e documentare presenza, natura ed intensità del dolore in tutti i pazienti (V segno vitale unitamente a pressione sanguigna, polso, temperatura e frequenza respiratoria)
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 dimissione



C. Valenza etica della cura del dolore e della sofferenza

Combattere il dolore con tutti i mezzi di cui la medicina dispone è, da un lato, comportamento di alto profilo morale, dall'altro, un diritto per il sofferente.

Divinum est sedare dolorem (Ippocrate)

Il dolore allontana da Dio (U.Veronesi)



Progetto "VERSO UN OSPEDALE SENZA DOLORE"

FINALITA'

- Nato nel 1992 in ospedale canadese Saint Luc di Montreal (Canada)
- Finalizzato a modificare le attitudini e il comportamento dei professionisti sanitari e nello stesso tempo dei malati ricoverati (Besner 1993)
- Ricevuto l'appoggio ufficiale dell'OMS, esportato in Francia, Svizzera, Belgio, Spagna, Stati Uniti e Italia

PRINCIPI

- Il dolore è un problema trasversale a tutte le specialità presenti in ospedale e nelle strutture allocate sul territorio
- La campagna deve coinvolgere tutte le strutture
- Occorre dare sollievo ad ogni tipo di dolore all'interno di queste strutture, essenziale che alla campagna partecipi anche la cittadinanza

ITALIA, Settembre 2000

Il Ministero della sanità istituisce una commissione di studio "ospedale senza dolore" che elabora un progetto specifico le cui linee guida sono state approvate dalla Conferenza Stato Regioni il 24/5 e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale il 29/6/2001

Il documento contiene linee guida

- per la realizzazione, a livello regionale, di progetti indirizzati al **miglioramento del processo assistenziale (intra ed extra ospedaliero)** rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine.
- finalizzate ad aumentare l'attenzione del personale coinvolto nei processi assistenziali affinché vengano messe in atto tutte le misure possibili per contrastare il dolore, **indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano e dal contesto di cura.**
- riportanti indicazioni relative al processo di **educazione e formazione continua del personale** di cura operante nelle strutture sanitarie ed alla **informazione e sensibilizzazione della popolazione**



Comitato “OSPEDALE SENZA DOLORE” esperienza nelle strutture ospedaliere di Trento

- Istituito con deliberazione 1614/2002 del Direttore Generale dell'Aziende Sanitarie
- Iniziativa avviata in un ottica di continuo miglioramento della qualità dell'assistenza previsto dal programma di sviluppo strategico.

Alcune attività di promozione della salute realizzate sulla base di progetti HPH aziendali:

- progetto “ospedali senza fumo”
- progetto di individuazione precoce in ospedale e counselling delle persone con problemi alcool correlati
- progetto ospedale sicuro
- **progetto ospedale senza dolore**

FINALITA'

- **Assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie ed in particolare ospedaliere**
- **Coordinare l'azione delle differenti équipes e la formazione continua del personale medico e non medico**
- **Promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni dell'OMS, assicurando inoltre la valutazione periodica del loro consumo**
- **Promuovere l'elaborazione di protocolli di trattamento delle differenti tipologie di dolore**



FUNZIONI E COMPITI

- Promuovere, identificati i bisogni formativi, l'educazione continua del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore
- Assicurare il monitoraggio dei livelli di applicazione delle linee-guida che saranno prodotte dai clinici e la valutazione di efficacia
- Promuovere l'elaborazione e distribuzione di materiale informativo agli utenti relativo alla cura del dolore



ATTIVITA' DEL COMITATO


Il Comitato, dal gennaio 2003, si è riunito una volta al mese (tranne che nel periodo estivo luglio-agosto) ed ha finora affrontato le varie tematiche legate al problema del dolore e della sua gestione in modo non parcellizzato ma tenendo presente la necessità della

- identificazione del dolore
- misurazione del dolore
- adeguata competenza a tratta il dolore in termini farmacologici e di preparazione



Ricognizione delle attività di rilevazione, valutazione e trattamento del dolore nelle strutture ospedaliere della

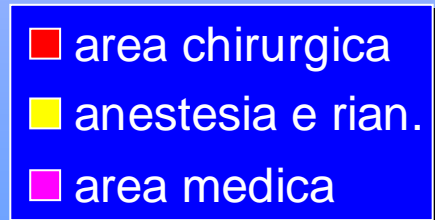
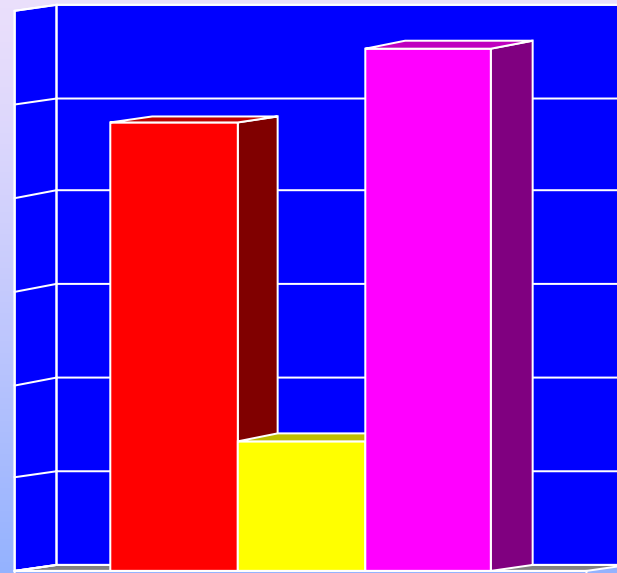
Elaborazione e distribuzione in tutti gli ospedali dell'azienda di questionario costituito da n.4 domande rivolte ai direttori di U.O. in merito a:

- 1. Utilizzo sistematico di protocolli per il trattamento del dolore acuto**
 - 2. Utilizzo sistematico di protocolli per il trattamento del dolore cronico**
 - 3. Esistenza nella documentazione clinico-infermieristica di scheda di rilevazione e valutazione del dolore**
 - 4. Utilizzo di strumenti informativi per i pazienti sul problema dolore**
- 

In fondo al questionario era possibile fornire suggerimenti per il
"COMITATO OSPEDALE SENZA DOLORE"

All'indagine hanno risposto
n.59 Unità Operative di cui:

- **n. 24 area chirurgica**
- **n. 7 U.O. anestesia e rianimazione**
- **n. 28 area medica**

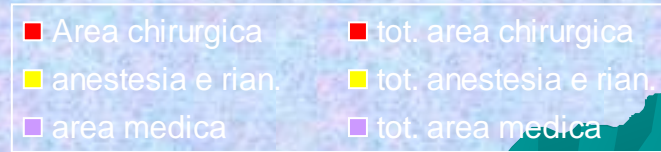
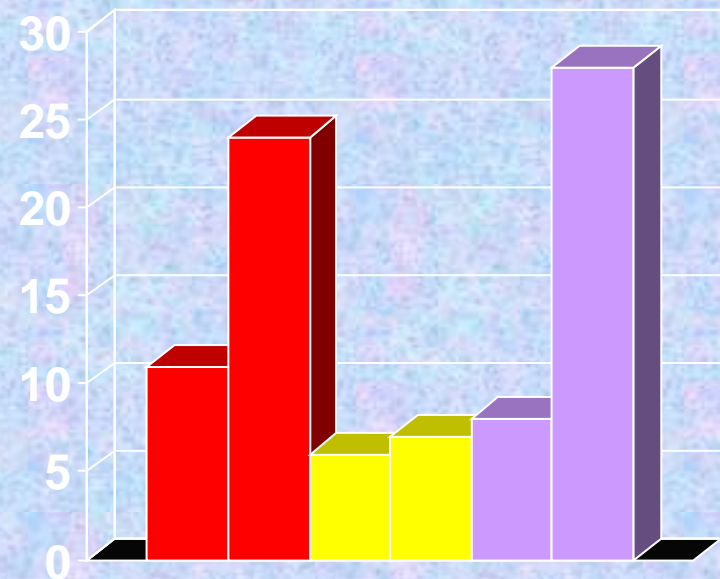


Domanda n.1

UU.OO. che hanno dichiarato di possedere un protocollo per il trattamento del dolore acuto

Possiedono un protocollo
n. 25 unità operative di
cui:

- n. 11 (di 24) area chirurgica
- n. 6 (di 7) anestesia e rianimazione
- n. 8 (di 28) area medica



Domanda n.2

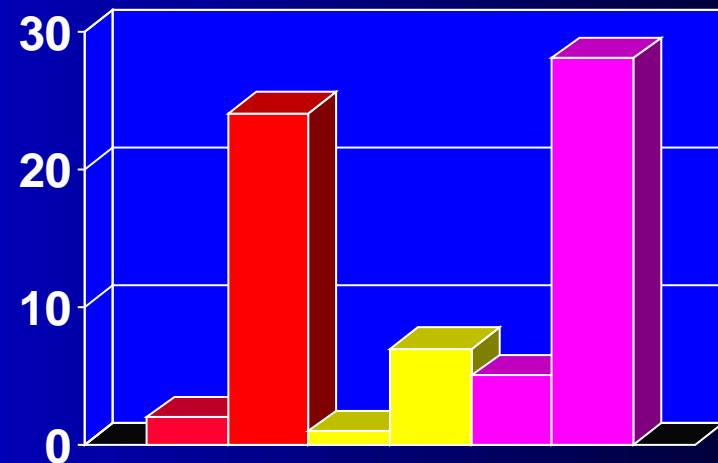
UU.OO che dichiarano di possedere un protocollo per il dolore cronico

Possiedono un protocollo n.
8 UU.OO. di cui:

n.2 (di 24) area chirurgica

n.1 (di 7) anestesia e
rianimazione

n.5 (di 28) area medica

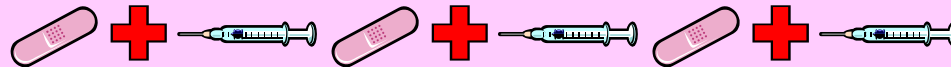


■ area chirurgica con protocollo
■ area chirurgica
■ anestesia e rian. con protocollo
■ anestesia e rian.
■ area medica con prot.
■ area medica

Domanda n.1-2

Negli Ospedali delle 59 UU.OO. indagate:

- **n. 25 UU.OO pari al 42.37%**. utilizza sistematicamente protocolli per il dolore acuto
- **n. 8 UU.OO pari al 13.56%**. utilizza sistematicamente protocolli per il dolore cronico



Domanda n.3

Negli Ospedali :

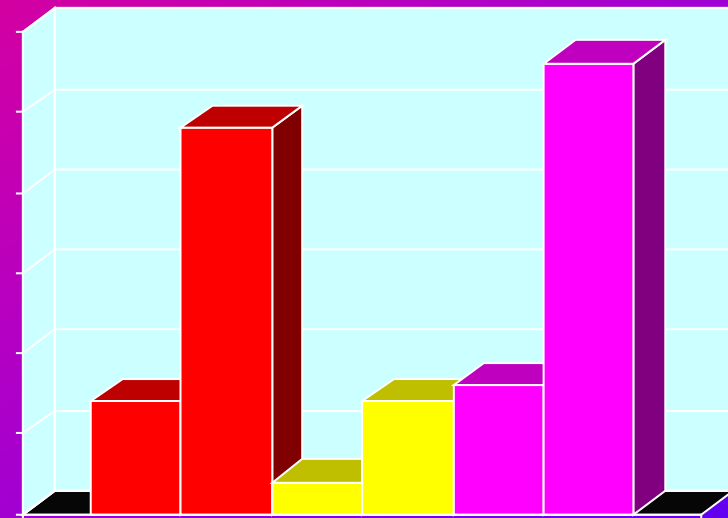
- **in n. 6 UU.OO. pari al 10%** esiste una scheda di rilevazione e valutazione del dolore in documentazione clinico-infermieristica

Domanda n.4

UU.OO. che utilizzano uno strumento informativo per i pazienti sul problema dolore

Possiedono uno strumento informativo n. 17 UU.OO. (pari al 29%) di cui:

- n.7 area chirurgica
- n.2 anestesia e rianimazione
- n.8 area medica



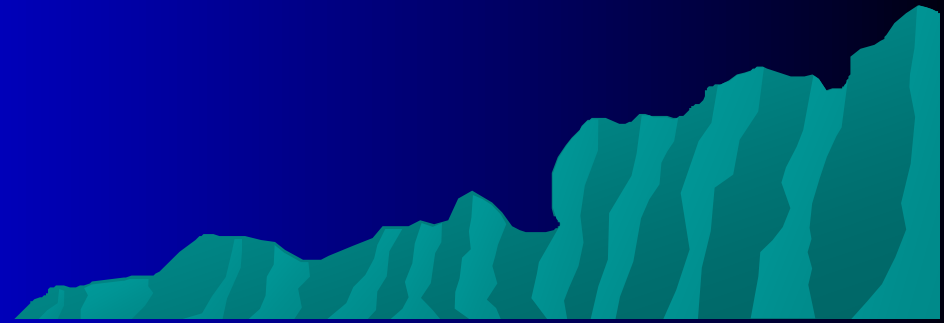
- area chirurgica con strumento
- area chirurgica
- anestesia e rianimazione con strumento
- anestesia e rianimazione
- area medica con strumento
- area medica



Dalle **domande n.3 e n. 4** si rileva che

- il **90%** delle UU.OO. non utilizza una scheda di rilevazione del dolore

- il **71%** dei pazienti non è informato sul problema dolore



Una buona parte delle UU.OO. interpellate ha avanzato suggerimenti e proposte per il miglioramento della gestione del dolore fornendo preziose informazioni per il proseguimento dell'attività del Comitato



In sintesi

- **INFORMAZIONE-FORMAZIONE** degli operatori
- **Formalizzazione STRUMENTO** per la rilevazione dolore
- **Stesura di PROTOCOLLI** per il trattamento del dolore in collaborazione con le stesse UU.OO.
- **DIFFUSIONE INFORMAZIONE** delle attività su sito web o tramite incontri ad hoc

ANALISI DEL CONSUMO DEGLI OPPIACEI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE NEL TRIENNIO 2000-2003 (marzo 2003)

L'analisi dei consumi è stata fatta per singoli ospedali della e per aree omogenee, medica e chirurgica.

I dati di consumo di questi farmaci sono stati trasformati in DDD (defined daily dose) unità tecnica usata allo scopo di presentare statistiche relative al consumo di farmaci.

Mediamente si è avuto:

- 1.94 DDD/100pz/die nell'area medica
- 1.84 DDD/100pz/die nell'area chirurgica
- 1.28 DDD/100pz/die in ostetrica e ginecologia
- 1.16 DDD/100pz/die in ortopedia e traumatologia



Si evidenzia che all'interno delle aree omogenee i dati di consumo non hanno un flusso costante, cosa che può essere giustificata dalla diversa casistica delle varie realtà.

**Indagine soddisfazione del paziente per il
trattamento del dolore in ospedale
- maggio 2003 -**

In occasione della "giornata nazionale del sollievo", istituita con direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24.5.2001 per sensibilizzare l'opinione pubblica e gli operatori sanitari alle tematiche della sofferenza e del dolore, il Comitato Ospedale senza dolore ha organizzato una indagine di soddisfazione sul trattamento del dolore dei cittadini ricoverati nelle strutture ospedaliere.

**QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE
PER IL
TRATTAMENTO DEL DOLORE IN OSPEDALE**

Gentile Sig./ra, la preghiamo di rispondere alle seguenti domande che indicano il grado della Sua soddisfazione per l'attenzione e il trattamento che ha ricevuto per il dolore. Le Sue risposte ci aiuteranno a conoscere meglio i Suoi bisogni e a migliorare le prestazioni offerte.

Il questionario è anonimo: risponda liberamente in base a quella che è stata la Sua esperienza.

Per cortesia, consegni il questionario compilato secondo le istruzioni ricevute dal personale sanitario.

OSPEDALE DI _____

Reparto _____; **da quanti giorni è ricoverato/a** _____;

Età _____ **anni; sesso:** M F ;

titolo di studio: sc.elementare sc.media sc.superiore università.

Ha provato dolore nel corso di questo ricovero ospedaliero?

SI NO

**Se la risposta è NO, per favore non compili il questionario.
Se la risposta è SI, continui la compilazione del questionario.**



Da compilare a cura dei bambini in età scolare (sopra i 6 anni).

1 Quanto male hai avuto durante questo ricovero?

2 Non ho più avuto male Ho avuto un po' di male Ho avuto molto male

3 I medici e gli infermieri ti hanno chiesto se avevi male?

SI NO

4 Quanto hai dovuto aspettare per farti dare le medicine che facevano passare il male?

poco abbastanza molto

5 Dopo le medicine qualcuno ti ha chiesto se il male era passato?

SI NO



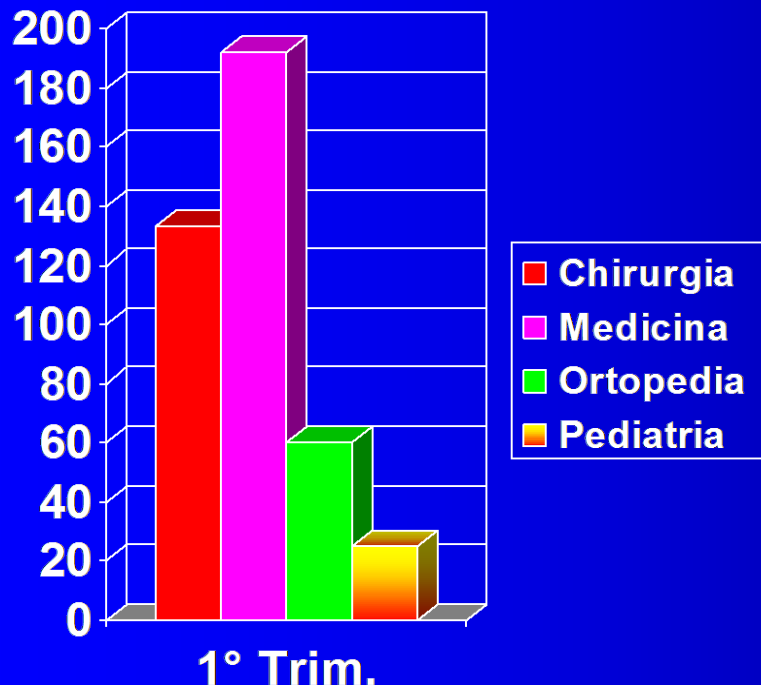
- L'indagine era rivolta a tutti i pazienti collaboranti presenti, in regime di ricovero ordinario, il giorno 22 maggio 2003 nelle Unità Operative di Medicina, Chirurgia Generale, Ortopedia e Pediatria dei presidi ospedalieri .
- Quale strumento di rilevazione è stato predisposto un questionario (disponibile on-line sul sito aziendale) che indagava l'esperienza dolore del paziente durante il ricovero in corso.
- Hanno risposto complessivamente n. 410 pazienti



ELABORAZIONE DEI 410 QUESTIONARI RESTITUITI

Media pazienti con dolore in ospedale	33.28571
Pazienti con dolore (/tot pazienti)	57%
Pazienti con intervento (/tot.pazienti con dolore)	44%
Pazienti con dolore tra 6 e 10	61%
Pazienti soddisfatti (soddisfatti + molto soddisfatti)	85%
Pazienti non soddisfatti (poco o per nulla soddisfatti)	11%
Pazienti informati di avvisare quando hanno male	89%
Tempo di attesa	
Poco	78%
Abbastanza	9%
Molto	2%
Verifica se dolore diminuito	82%
Somministrare qualche cosa di più forte	
Sì	24%
No	25%

Distribuzione dei questionari nei vari reparti



Chirurgia n. paz. 133
47%

Medicina n. paz. 192
32%

Ortopedia n. paz. 60
15%

Pediatria n. paz. 25
6 %

TOTALE n. paz. 410

ANALISI QUESTIONARI RESTITUITI

UU.OO.	n.paz.
Chirurgia	133
Ortopedia	60
Totale	193 (47%)

Ha provato dolore nel corso del ricovero?

UU.OO.	Si	No
Chirurgia	90	42
Ortopedi a	45	15
Totale	135 (70%))	57 (30%)



ANALISI QUESTIONARI

Ha avuto interventi?

UU.OO.	Si	No
Chirurgia	60	27
Ortopedia	35	9
Totale	95 49.2%	36 18.6%

Dia un voto al dolore più forte che ha provato.

UU.OO.	Da 0 a 5	Da 6 a 10
Chirurgia	38	51
Ortopedia	16	28
Totale	54 28%	79 41%

ANALISI QUESTIONARI

E' soddisfatto del trattamento?

UU.OO.	Poco o Nulla	Sì o Molto
Chirurgia	8	79
Ortopedia	0	44
Totale	8 4.1%	123 63.7%

Le è stato spiegato di dire
quando ha male?

UU.OO.	Si	No
Chirurgia	79	10
Ortopedia	43	2
Totale	122 63.2%	12 6.2%

ANALISI QUESTIONARI

Quanto ha dovuto aspettare?

UU.OO.	poco	Abbastanz a o molto
Chirurgia	72	6
Ortopedia	37	4
Totale	109 56.5%	10 5.2%

Qualcuno ha verificato se il dolore è diminuito?

UU.OO.	Si	No
Chirurgia	73	9
Ortopedi a	38	4
Totale	111 57.5%	13 6.7%

ANALISI QUESTIONARI

Voleva qualche cosa di più forte?



UU.OO.	Si	No
Chirurgia	21	16
Ortopedia	16	15
Totale	37 19.2%	31 16%

FORMAZIONE 2003

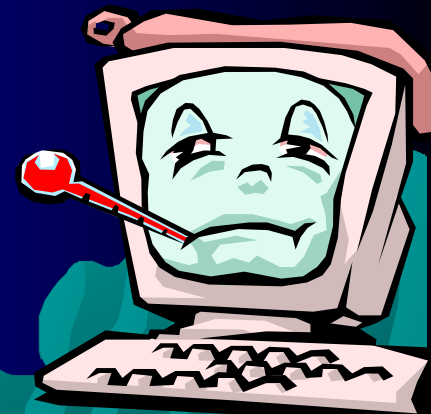
1. Master in “Terapia antalgica e cure palliative dell’età pediatrica” di 2 medici componenti del comitato.
2. Corso “Gestione del dolore post-operatorio” (20/10-19/12/03)
- lezioni teoriche e pratiche in modalità residenziale e on line -
frequentato da n. 20 professionisti infermieristici dell’area chirurgica.
3. Seminari organizzati dal Servizio Formazione sul dolore acuto e successivamente sul dolore cronico.
4. Formazione ed addestramento del personale medico e infermieristico dell’U.O. chirurgia pediatrica sulla gestione del dolore post-operatorio



INIZIATIVE DI VISIBILITA' DEL COMITATO

- INDIVIDUATO IL LOGO E PREDISPOSTO MANIFESTO

“CAMBIA VOLTO ALL’OSPEDALE
BASTA AL DOLORE INUTILE”



PROGETTI FUTURI

- **Fornire indicazioni in merito alle modalità di misurazione del dolore (scala dolore)**
- **Definizione strumenti per informazione dei cittadini**
- **Proseguire formazione personale (seminari, tavole rotonde)**
- **Definizioni di criteri per predisposizione di linee guida che fungano da supporto all'elaborazione di protocolli per trattamento del dolore in collaborazione con Dipartimenti, Direttori e Infermieri coordinatori delle strutture aziendali**
- **Assicurare la continuità terapeutica del controllo del dolore tra ospedale e domicilio**
- **Indagine annuale sulla soddisfazione dei cittadini nella "giornata nazionale del sollievo"**



Lo scopo ultimo del Comitato è quello di modificare le attitudini e i comportamenti dei professionisti coinvolti nei processi assistenziali al fine di trattare tutti i tipi di dolore all'interno degli ospedali e sul territorio, fornendo nel contempo al malato gli strumenti conoscitivi e culturali per renderlo compartecipe e parte attiva del processo di CURA DEL DOLORE



QUESTIONARI

- MPQ (McGill Pain Questionnaire 1975)
- BPI (Brief Pain inventory) –versione abbreviata del precedente

Vantaggi ovvi e certi

Svantaggi: Difficoltà nella comprensione degli aggettivi riportati e che spesso non fanno parte del linguaggio comune. Difficoltà di somministrazione in pazienti con ridotta capacità e lucidità.

**L'unico dolore che riusciamo a
sopportare
è quello di un altro**
M. Cervantes





Grazie per l'ascolto