

# 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 acf)	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 acf)	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**

***OBIETTIVIO***

- ***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

R

R

C

farmacologico

### 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.**



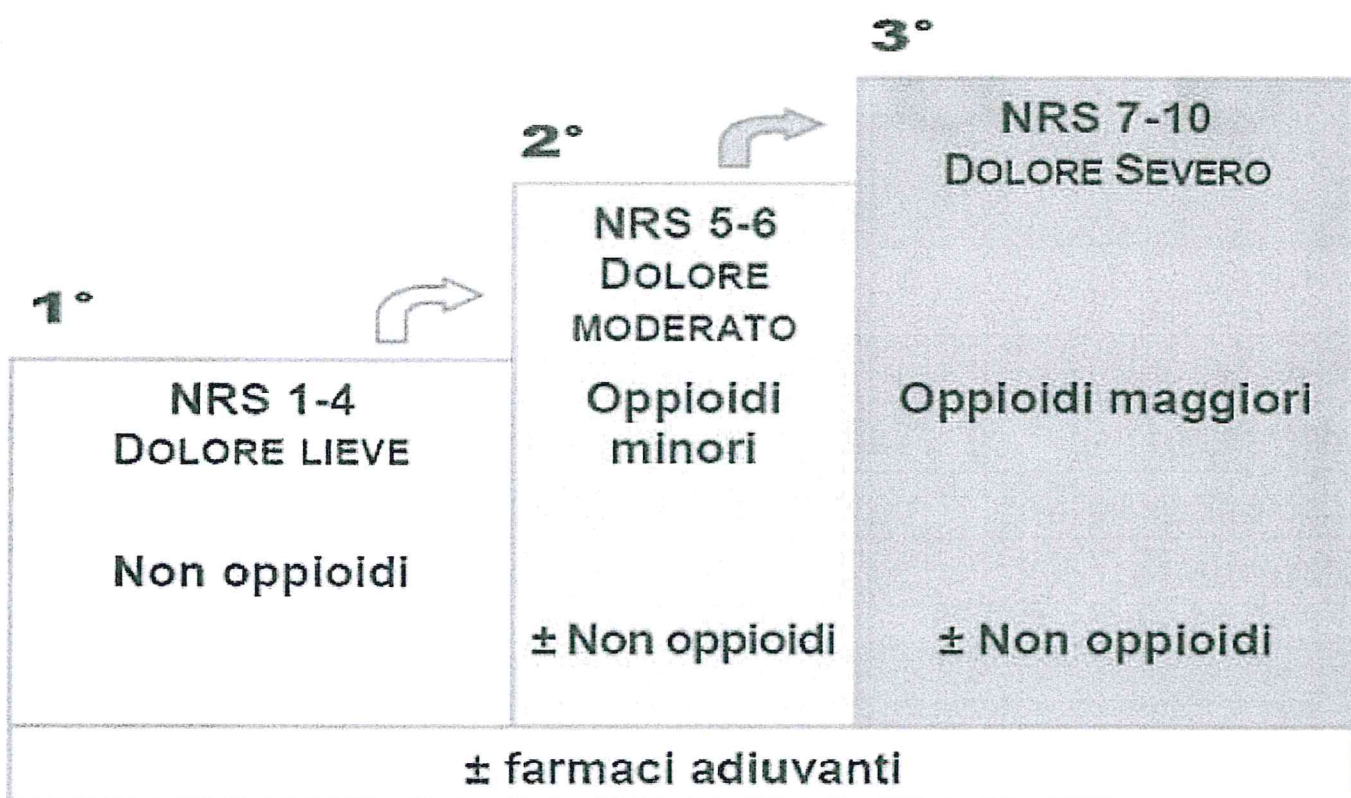


Fig. 1. Scala dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 1996) modificata

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/infiammatorio 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.**



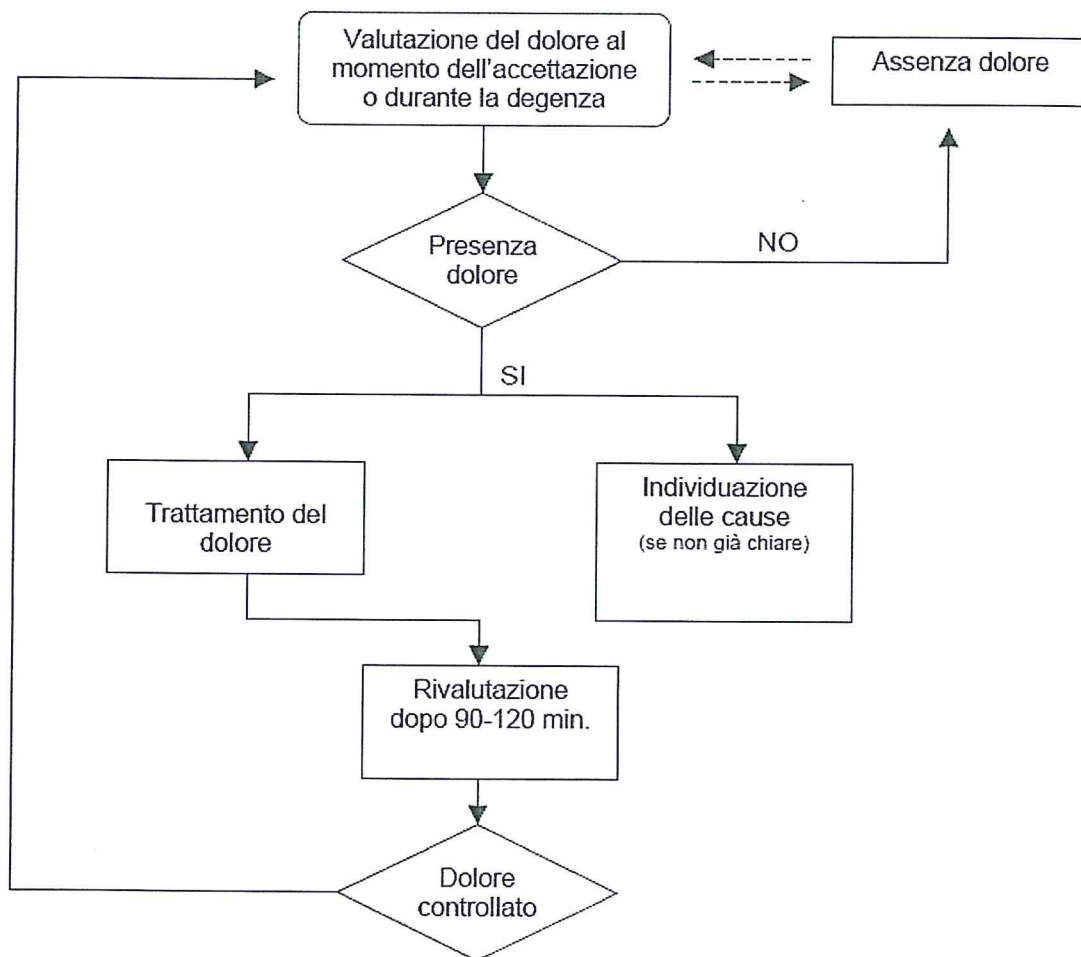
## **VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO**

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

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



## ALGORITMO PER LA VALUTAZIONE DEL DOLORE







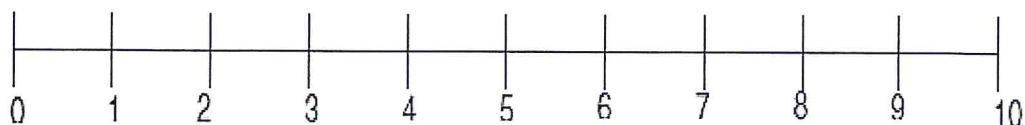


ALLEGATO 2

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

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			

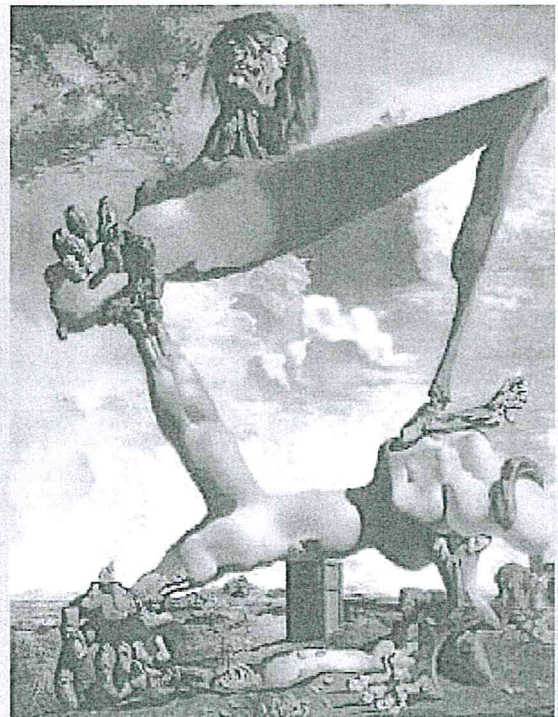
RIPERCUSSIONI SOMATICHE					
1*	Lamentels (pianti, gemiti) <ul style="list-style-type: none"> <li>- assenza di lamentels</li> <li>- lamentels solo in caso di sollecitazione</li> <li>- lamentels spontanei occasionali</li> <li>- lamentels spontanei continui</li> </ul>	0	1	2	3
		0	1	2	3
		1	2	3	3
		2	3	3	3
		3	3	3	3
2*	Posizioni analgiche a riposo <ul style="list-style-type: none"> <li>- assenza di posizione analgica</li> <li>- il soggetto evita alcune posizioni in modo occasionale</li> <li>- posizione analgica permanente e efficace</li> <li>- posizione analgica permanente e inefficace</li> </ul>	0	1	2	3
		0	1	2	3
		1	2	3	3
		2	3	3	3
		3	3	3	3
3*	Protezione di zone dolenti <ul style="list-style-type: none"> <li>- assenza di protezione</li> <li>- protezione dopo sollecitazione senza ostacolare il proseguimento dell'esame o delle cure</li> <li>- protezione dopo sollecitazione impedendo ogni esame o cura</li> <li>- protezione a riposo, in assenza di sollecitazione</li> </ul>	0	1	2	3
		0	1	2	3
		1	2	3	3
		2	3	3	3
		3	3	3	3
4*	Mimica <ul style="list-style-type: none"> <li>- mimica abituale</li> <li>- mimica che sembra esprimere dolore sotto sollecitazione</li> <li>- mimica che sembra esprimere dolore in assenza di ogni sollecitazione</li> <li>- mimica inespressiva continua e non abituale (furia, lutto, sguardo nel vuoto)</li> </ul>	0	1	2	3
		0	1	2	3
		1	2	3	3
		2	3	3	3
		3	3	3	3
5*	Sonno <ul style="list-style-type: none"> <li>- sonno abituale</li> <li>- difficoltà di addormentamento</li> <li>- risvegli frequenti</li> <li>- insonnia con ripercussione sulla fase di veglia</li> </ul>	0	1	2	3
		0	1	2	3
		1	2	3	3
		2	3	3	3
		3	3	3	3
RIPERCUSSIONI PSICOMOTORIE					
6*	Toilette e/o vestirsi <ul style="list-style-type: none"> <li>- abilità consuete invariate</li> <li>- abilità consuete lievemente ridotte (attività possibile usando ausili)</li> <li>- abilità consuete molto ridotte (tollerare e/o vestirsi difficili e incomplete)</li> <li>- tollerare e/o vestirsi impossibili (paziente oppositivo ad ogni tentativo)</li> </ul>	0	1	2	3
		0	1	2	3
		1	2	3	3
		2	3	3	3
		3	3	3	3
7*	Movimenti <ul style="list-style-type: none"> <li>- abilità e attività consuete invariate</li> <li>- attività consuete lievemente ridotte (il malato evita alcuni movimenti, diminuisce la sua abituale lunghezza di deambulazione)</li> <li>- abilità e attività consuete limitate (anche se aiutato, il malato diminuisce i propri movimenti)</li> <li>- ogni movimento impossibile, ogni tentativo di mobilizzazione provoca un'opposizione</li> </ul>	0	1	2	3
		0	1	2	3
		1	2	3	3
		2	3	3	3
		3	3	3	3
RIPERCUSSIONI PSICO-SOCIALI					
8*	Comunicazione <ul style="list-style-type: none"> <li>- invariata</li> <li>- aumentata (la persona attira l'attenzione in modo inappropriato)</li> <li>- diminuita (la persona tende a isolarsi)</li> <li>- assenza o rifiuto di qualsiasi forma di comunicazione</li> </ul>	0	1	2	3
		0	1	2	3
		1	2	3	3
		2	3	3	3
		3	3	3	3
9*	Vita sociale <ul style="list-style-type: none"> <li>- partecipazione abituale a diverse attività (pasti, animazione, laboratori terapeutici)</li> <li>- partecipazione a diverse attività solo se sollecitato</li> <li>- rifiuto parziale di partecipazione alle diverse attività</li> <li>- rifiuto assoluto di partecipare a qualsiasi attività</li> </ul>	0	1	2	3
		0	1	2	3
		1	2	3	3
		2	3	3	3
		3	3	3	3
10*	Disturbi del comportamento <ul style="list-style-type: none"> <li>- comportamento abituale</li> <li>- disturbi iterativi del comportamento se sollecitato</li> <li>- disturbi continui del comportamento dopo sollecitazione</li> <li>- disturbi del comportamento continui (in assenza di ogni sollecitazione)</li> </ul>	0	1	2	3
		0	1	2	3
		1	2	3	3
		2	3	3	3
		3	3	3	3
		<b>SCORE</b>			

COPY RIGHT



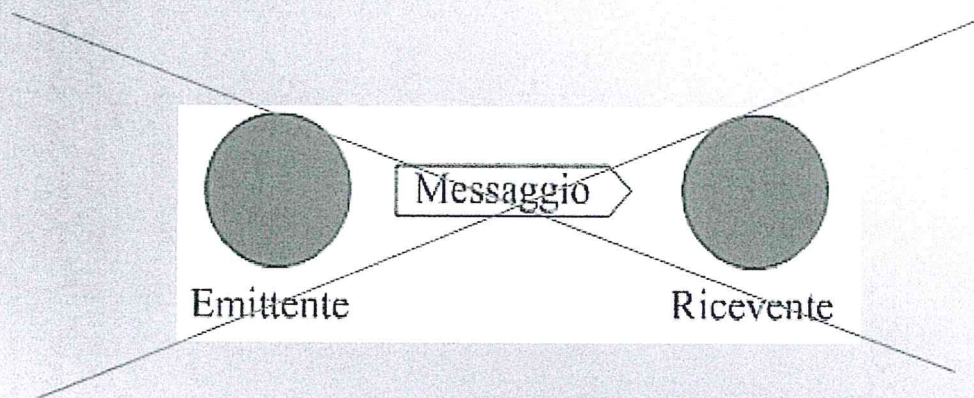
# LA RELAZIONE DI CURA

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

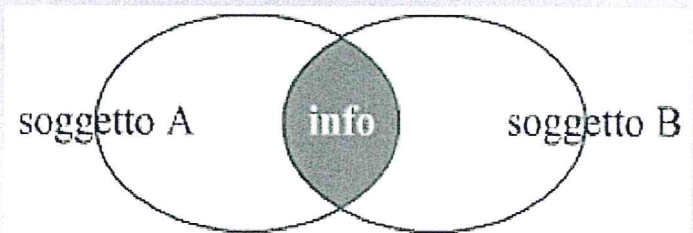




## LA RELAZIONE E LA COMUNICAZIONE



**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  
COMPORAMENTI QUOTIDIANI.*

Attività quotidiane

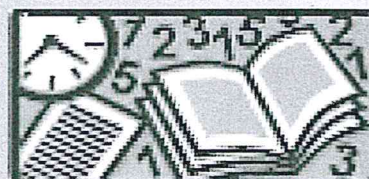
Tipo di sonno

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

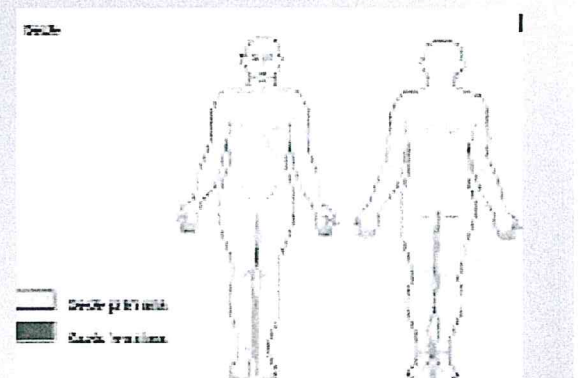
Viene chiesto di segnare (anche con matite colorare) le parti di una figura umana nelle quali viene avvertito il dolore in uno specifico momento

### 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*

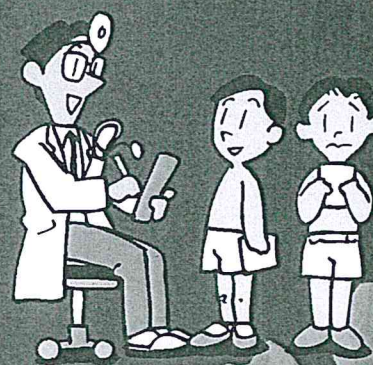
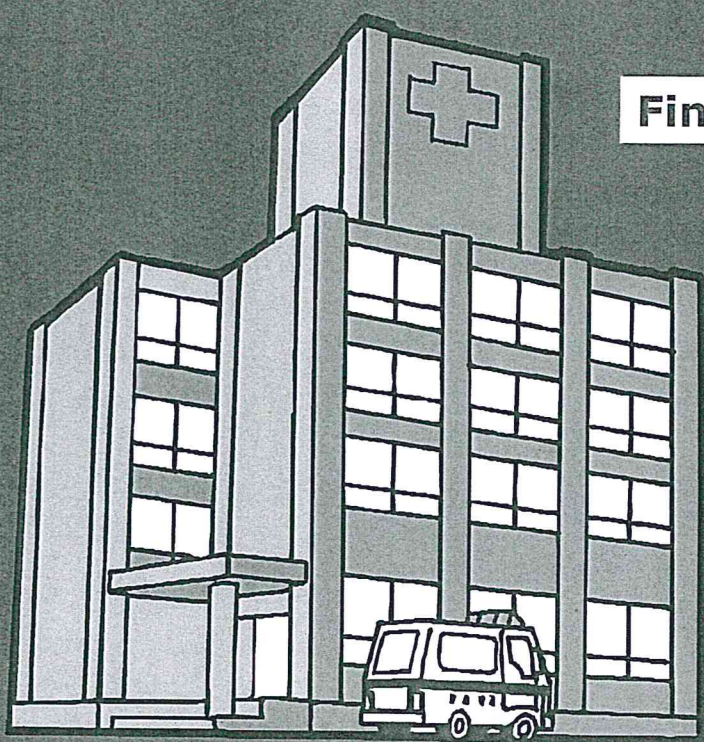




# La gestione del dolore COMITATO "OSPEDALE SENZA DOLORE"

**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 chirurgie) la prevalenza e l'intensità del dolore sono significativamente inferiori.

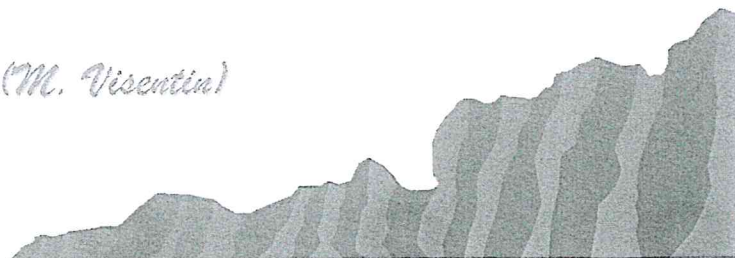


L'indagine evidenzia un quadro di prevalenza sorprendentemente elevata e di un non ottimale controllo del dolore. In particolare

- 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.



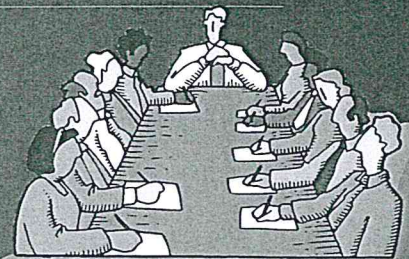
*(M. Visentia)*





**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**

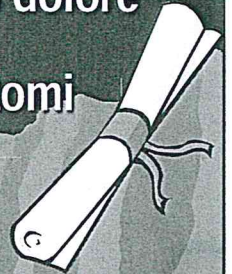
**L'ultima revisione dei criteri di accreditamento all'eccellenza clinica (che riguarda non solo il progresso scientifico e tecnico ma anche il progresso relazionale ed umano) elaborata dalla Joint Commission americana attribuisce grande rilevanza alla gestione del dolore in tutte le sue manifestazioni.**





**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'

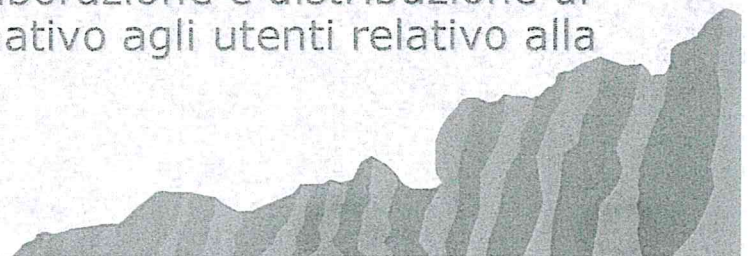
- **Assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie ed in particolare ospedaliere**
- **Coordinare l'azione delle differenti équipes e la formazione continua del personale medico e non medico**
- **Promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità 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 trattare 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:**

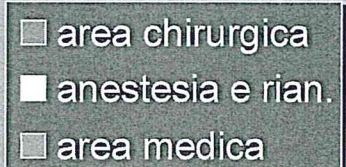
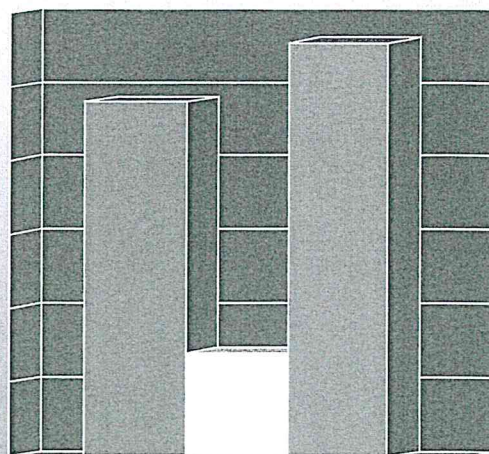
- 1. Utilizzo sistematico di protocolli per il trattamento del dolore acuto**
- 2. Utilizzo sistematico di protocolli per il trattamento del dolore cronico**
- 3. Esistenza nella documentazione clinico-infermieristica di scheda di rilevazione e valutazione del dolore**
- 4. Utilizzo di strumenti informativi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



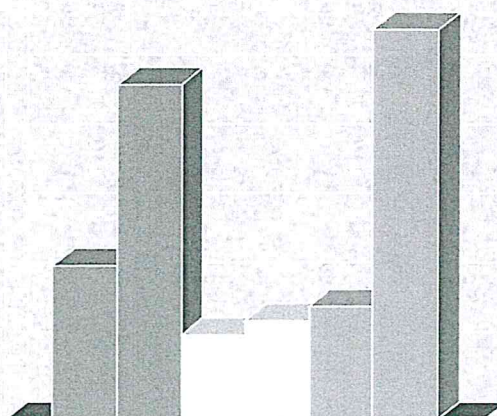


Domanda n.1

## **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**



■ Area chirurgica  
■ Anestesia e rianimazione  
■ Area medica  
■ Altre aree



Domanda n.2

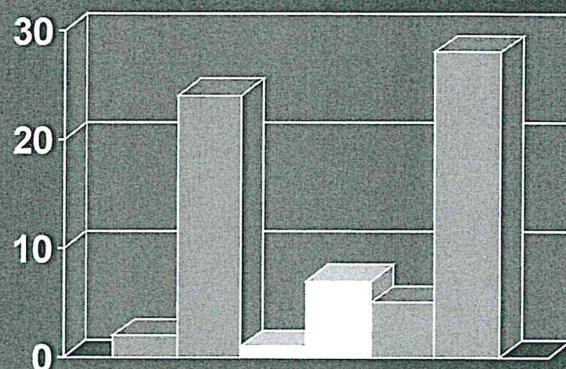
## UU.OO che dichiarano di possedere un protocollo per il dolore cronico

**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:**

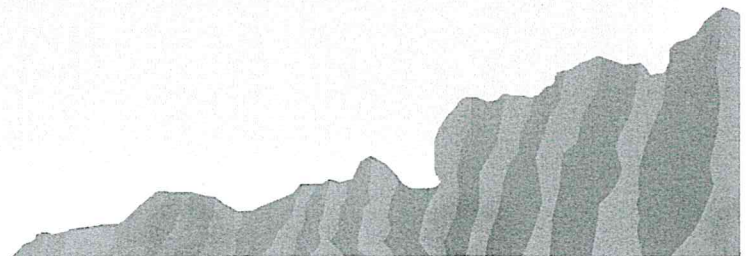
- n. 25 UU.OO pari al 42.37%. utilizza sistematicamente protocolli per il dolore acuto
- n. 8 UU.OO pari al 13.56%. utilizza sistematicamente protocolli per il dolore cronico



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



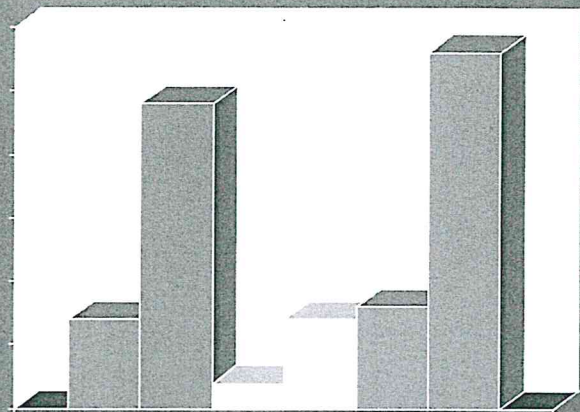


Domanda n.4

## 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 compilare 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



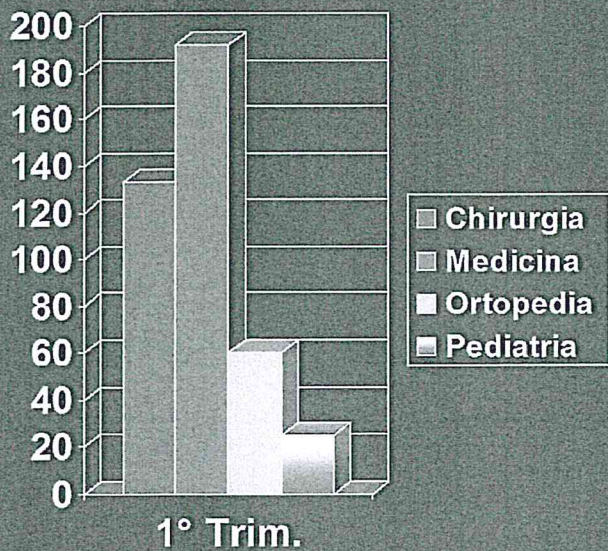


## ELABORAZIONE DEI 410 QUESTIONARI RESTITUITI

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



## 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
<b>Totale</b>	<b>193</b> (47%)

Ha provato dolore nel corso del ricovero?

UU.OO.	Si	No
Chirurgia	90	42
Ortopedi a	45	15
<b>Totale</b>	<b>135</b> (70%) )	<b>57</b> (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
Chirurgi a	38	51
Ortopedi a	16	28
Totale	54 28%	79 41%



# ANALISI QUESTIONARI

E' soddisfatto del trattamento?

UU.OO.	Poco o Nulla	SI o Molto
Chirurgia	8	79
Ortopedia	0	44
<b>Totale</b>	<b>8</b> 4.1%	<b>123</b> 63.7%

Le è stato spiegato di dire  
quando ha male?

UU.OO.	Si	No
Chirurgia	79	20
Ortopedia	43	2
<b>Totale</b>	<b>122</b> 63.2%	<b>22</b> 11.4%



## ANALISI QUESTIONARI

Quanto ha dovuto aspettare?

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

Qualcuno ha verificato se il dolore è diminuito?

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



## ANALISI QUESTIONARI

Voleva qualche cosa di più forte?

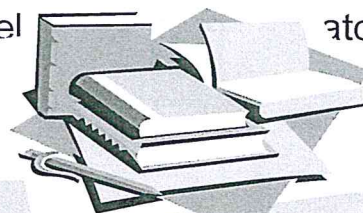


UU.OO.	Si	No
Chirurgia	21	16
Ortopedia	16	15
Totale	37 19.2%	31 16%



## 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

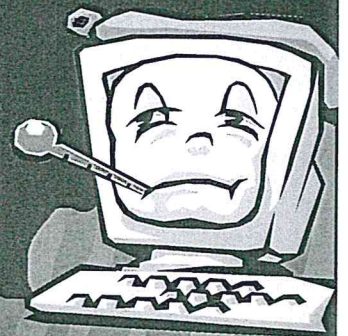




## INIZIATIVE DI VISIBILITA' DEL COMITATO

- INDIVIDUATO IL LOGO E PREDISPOSTO MANIFESTO

“CAMBIA VOLTO ALL'OSPEDALE  
BASTA AL DOLORE INUTILE”





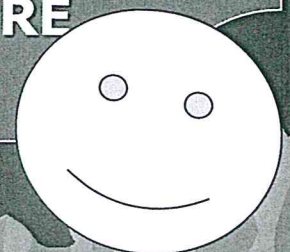
# **PROGETTI FUTURI**

- **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

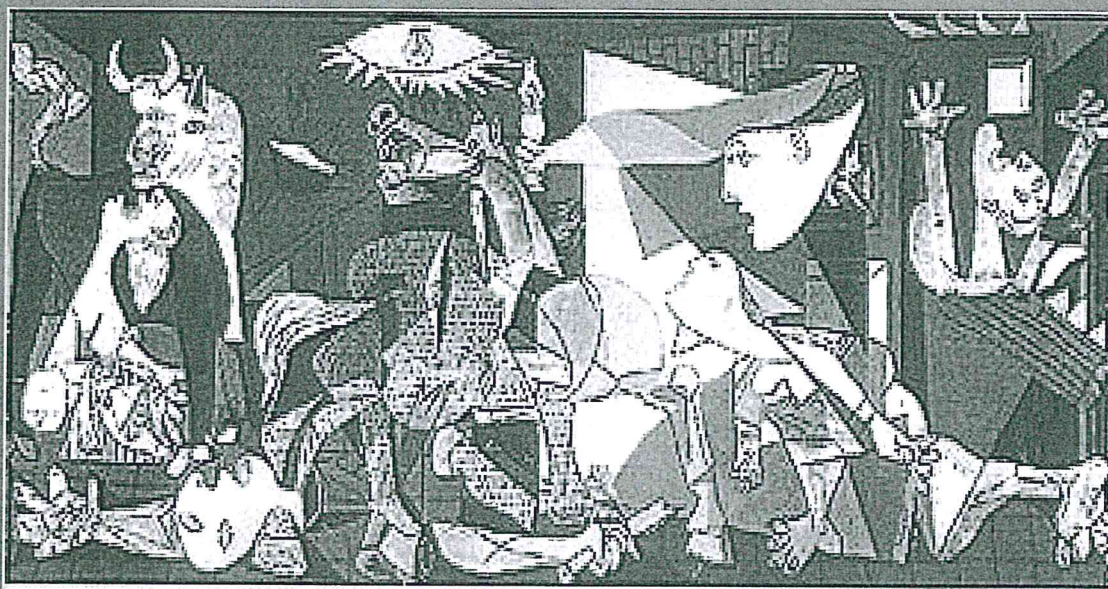
- MPQ (McGill Pain Questionnaire 1975)
- BPI (Brief Pain inventory) –versione abbreviata del precedente

*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**