

Fare uno screening a tutte le persone a rischio di dolore almeno una volta al giorno ponendo domande a loro o ad un loro familiare/curatore sulla presenza di dolore, indolenzimento o disagio.

Per i bambini, considerare quanto segue:

Chiedere ai genitori le parole che il bambino può usare per descrivere il dolore o osservare il bambino per i segno/i comportamenti indicativi di dolore.

Fare uno screening per la presenza di dolore quando si intraprendono altre valutazione di routine.

Per l' anziano fragile, con deficit linguistici o cognitivi, fare uno screening per accertare se sono presenti i seguenti markers:

Esprime il dolore, quando c'è;

Sperimenta un cambiamento della patologia; Ha una diagnosi di malattia cronica dolorosa;

Ha una storia di dolore cronico non espresso;

Prende farmaci per la terapia del dolore per oltre 72 ore;

Ha uno stato di afflizione desunto dal comportamento o dalle smorfie facciali. Il dolore presente è rilevato attraverso l'osservazione di famiglia/staff/volontari.

Grado di raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 1

SCREENING PER IL DOLORE

Consenso: È un processo per prendere decisioni politiche, non un metodo per creare nuova conoscenza. Al massimo, lo sviluppo di consenso fa unicamente il miglior uso delle informazioni disponibili, in termini sia di dati scientifici sia delle opinioni collettive dei partecipanti (Black et al., 1999).

Dolore Accidentale: Vedere " Dolore relativo al movimento."

Dolore Cronico: Il dolore cronico non-maligno è un dolore che persiste oltre il tempo normale di guarigione (Merskey & Bogduk, 1994). Il dolore cronico associato a cancro è un dolore che esiste perché correlato al trattamento e/o alla malattia.

Dolore Neuropatico: Dolore iniziato o causato da una lesione primaria o da una *disfunzione* del sistema nervoso; coinvolge il sistema nervoso periferico e/o centrale (Merskey & Bogduk, 1994):

Dolore neuropatico (Descrizione del): Il dolore neuropatico è solitamente descritto come acuto, bruciante, o pungente ed è spesso associato con altri sintomi quale l'intorpidimento o il formicolio nell'area affetta.

Dolore nocicettivo: Dolore che coinvolge uno stimolo nocivo che sta danneggiando i normali tessuti, e la trasmissione di questo stimolo in un *normale* funzionamento del sistema nervoso (Merskey & Bogduk, 1994).

Dolore nocicettivo (Descrizione del): Il dolore nocicettivo dopo una procedura dolorosa chirurgica viene descritto frequentemente come acuto e doloroso. Quando è un dolore di origine somatica (es. dolore osseo) viene descritto come sordo ma molto doloroso e può essere facilmente localizzato. Il dolore viscerale (per esempio dolore del fegato) è generalmente più difficile da localizzare ed è spesso riferito in luoghi distanti dalla fonte.

Dolore incidente: Esacerbazioni intermittenti del dolore che possono insorgere spontaneamente o in relazione ad attività specifiche.

Dolore correlato al movimento: Un tipo di dolore incidente collegato ad attività specifiche, come mangiare, defecare, socializzare, o camminare. Inoltre è riferito come dolore accidentale.

Evidenza: "Un'osservazione, un fatto o un corpo organizzato di informazioni offerto a supporto o a giustificazione di interferenze o credenze nella dimostrazione di certe affermazioni o problema importante"(Madjar & a Walton, a 2001, al p. 28).

Curatore: Qualsiasi persona che aiuta le persone, con problemi di salute, a gestire giorno per giorno i bisogni fisici ed emozionali nel loro ambiente domestico. I professionisti sanitari hanno bisogno di lavorare con i pazienti e loro curatori in un contesto istituzionale per assicurare che abbiano la conoscenza e le abilità per destreggiarsi nell'ambito domiciliare.

Linee Guida di Pratica Clinica o Linee Guida di Best Practice: "Affermazioni sistematicamente sviluppate (basate sulle migliori evidenze disponibili) per assistere le decisioni del professionista e del paziente riguardanti un'appropriata assistenza per specifiche circostanze cliniche (di pratica)" (Field & Lohr, 1990, p. 8).

Non Farmacologico: Si riferisce al trattamento del dolore con metodi senza farmaco ed alle strategie che includono la riabilitazione, le modalità fisiche quali il freddo ed il massaggio, e un approccio cognitivo comportamentale (AHCPR, 1994).

Raccomandazioni per la Formazione: Affermazioni riguardanti le richieste formative e gli approcci/strategie educative utili per l'introduzione, l'implementazione e la sostenibilità della linea guida di best practice.

Raccomandazioni per l'Organizzazione e la Politica: Affermazioni dei requisiti richiesti per un setting pratico che consenta la riuscita dell'implementazione delle migliori linee guida. Le condizioni per il successo sono ascrivibili soprattutto alla responsabilità dell'organizzazione, anche se possono avere implicazioni politiche ad un più ampio livello governativo o sociale.

Raccomandazioni per la Pratica: Affermazioni di best practice dirette alla pratica dei professionisti sanitari, idealmente basate sull'evidenza,.

Revisione Sistemica: E' l'applicazione di un approccio scientifico rigoroso alla preparazione di una revisione di articoli (National Health and Medical Research Centre, 1998). La revisione sistemica stabilisce dove gli effetti dell'assistenza sanitaria sono costanti, dove i risultati della ricerca possono avere un'applicazione attraverso la popolazione, il contesto, le diversità di trattamento (es. dosaggio); e dove gli effetti possono variare significativamente. L'uso di metodi di revisione espliciti e sistematici limita i bias (errori sistematici) e riduce gli effetti della probabilità, fornendo così risultati più certi su cui tracciare le conclusioni e prendere le decisioni (Clarke & Oxman, 1999).

Stakeholder: Uno Stakeholder è un individuo, un gruppo o un'organizzazione con un interesse riconosciuto nelle decisioni e nelle azioni delle organizzazioni che possono tentare di influenzare (Baker et al., 1999). Gli Stakeholders includono tutti gli individui o gruppi che saranno direttamente o indirettamente influenzati dal cambiamento o dalla risoluzione del problema. Gli Stakeholders possono essere di vario tipo e possono essere divisi in oppositori, sostenitori e neutrali (Ontario Public Health Association, 1996).

Il Self-Report è la fonte primaria di valutazione per le persone in grado di esprimersi e cognitivamente indenni. Sono inclusi i reports del dolore della famiglia/curatori per i bambini e per gli adulti che non sono in grado di auto-riferire.

Grado di raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 2

PARAMETRI DI VALUTAZIONE
DEL DOLORE

Viene selezionato uno strumento di valutazione del dolore sistematico e validato per valutare i parametri del dolore, che includono:

- localizzazione del dolore;
- effetto del dolore sulle funzioni e sulle attività di vita quotidiana (es. lavoro, interferenza con le attività usuali, etc.);
- livello di dolore a riposo e durante le attività;
- uso di farmaci;
- fattori scatenanti o precipitanti;
- qualità di dolore (che parole usa la persona per descrivere il dolore? - mi fa male, è pulsante);
- irradiazione del dolore (è un dolore diffuso?);
- severità del dolore (intensità, scala da 0 a 10);
- durata (occasionale, intermittente, costante).

Grado della raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 3

PARAMETRI DI VALUTAZIONE
DEL DOLORE

Si deve usare uno strumento standardizzato, validato per valutare l'intensità del dolore.

- Visual Analogue Scale - VAS (Scala Analogica Visiva);
- Numeric Rating Scale – NRS (Scala di Valutazione Numerica);
- Verbal Scale (Scala Verbale);
- Faces Scale (Scala delle Facce);
- Behavioural Scale (Scala Comportamentale).

Grado di Raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 4

PARAMETRI DI VALUTAZIONE
DEL DOLORE

La valutazione del dolore comprende anche indicatori del dolore fisiologici e comportamentali, che dovrebbero essere inclusi in alcune popolazioni quali neonati, bambini, persone con deficit cognitivi e pazienti con dolore acuto.

Grado di Raccomandazione = C

RACCOMANDAIONE 5

PARAMETRI DI VALUTAZIONE
DEL DOLORE

I seguenti parametri fanno parte di una valutazione completa del dolore:

- esame fisico, test diagnostici e di laboratorio rilevanti;
- conseguenze e comprensione delle malattie attuali;
- significato del dolore e della sofferenza causata dal dolore;
- risposte che fanno fronte allo stress e al dolore;
- conseguenze sull'attività di vita quotidiana (specialmente nell'anziano fragile e con alterazioni cognitive);
- conseguenze psicosociali e spirituali;
- variabili psicologiche-sociali (ansia, depressione);
- fattori di contesto - cultura, linguaggio, fattori etnici, conseguenze economiche del trattamento del dolore;
- aspettative e preferenze, credenze, miti attorno ai metodi di valutazione del dolore;
- preferenze e risposte delle persone rispetto al ricevere informazioni relative alle loro condizioni e al dolore.

Grado di raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 6

VALUTAZIONE COMPLETA DEL
DOLORE

Il dolore deve essere rivalutato regolarmente a seconda del tipo e intensità del dolore e del piano del trattamento.

- Il dolore deve essere rivalutato ad ogni nuovo episodio di dolore e con l'introduzione di nuove procedure, quando aumenta di intensità e quando il dolore non viene alleviato da una strategia precedentemente efficace.
- Il dolore viene rivalutato dopo che l'intervento ha raggiunto l'effetto massimo (15-30 minuti dopo la terapia farmacologica parenterale, 1 ora dopo un analgesico a rilascio immediato, 4 ore dopo la somministrazione di analgesici a rilascio ritardato o l'applicazione di cerotto transdermico, 30 minuti dopo un intervento non farmacologico).
- Il dolore acuto post-operatorio dovrebbe essere regolarmente preso in esame come determinato dal tipo d'intervento e dalla severità del dolore, ad ogni nuovo riferimento di dolore o evenienza di dolore inatteso e dopo la somministrazione di analgesici, in relazione all'effetto massimo nel tempo.

Grado di raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 7

RIVALUTAZIONE E VALUTAZIONE
CONTINUA DEL DOLORE

I seguenti parametri sono inclusi in una regolare rivalutazione del dolore:

- intensità, qualità e localizzazione del dolore in atto;
- intensità del massimo dolore avuto nelle 24 ore, a riposo o in movimento;
- limite del conforto raggiunto/risposta (riduzione della scala d'intensità del dolore);
- ostacoli all'implementazione del piano di trattamento del dolore;
- effetti del dolore sull'ADL, sonno e umore;
- effetti collaterali al trattamento farmacologico del dolore (nausea, costipazione);
- livello di sedazione
- strategie usate per alleviare il dolore, per esempio:
 - Dosi analgesiche assunte regolarmente e per il dolore incidente.
 - Intervento non farmacologico:
 - Modalità fisiche
 - Strategie comportamentali e cognitive
 - Strategie riabilitative
 - Cambiamento delle condizioni ambientali
 - Riduzione dell'ansia.

Grado di Raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 8

RIVALUTAZIONE E VALUTAZIONE
CONTINUA DEL DOLORE

Un dolore intenso inatteso, in particolare se improvviso o associato a segni vitali alterati quali ipotensione, tachicardia, febbre, dovrebbe essere immediatamente valutato.

Grado di Raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 9

RIVALUTAZIONE E VALUTAZIONE
CONTINUA DEL DOLORE

Documentare su un modulo standardizzato per fissare l'esperienza dolorosa della persona specifica per la popolazione e per l'ambiente di cura. Gli strumenti per la documentazione devono includere:

- Una valutazione iniziale, comprensiva di valutazione e rivalutazione.
- Strumenti di monitoraggio che controllano l'efficacia degli interventi (scala da 0-10).

Grado di Raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 10

DOCUMENTAZIONE DELLA
VALUTAZIONE DEL DOLORE

Documentare la valutazione del dolore regolarmente e routinariamente su moduli standardizzati, accessibili a tutti i clinici coinvolti nelle cure.

Grado di Raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 11

DOCUMENTAZIONE DELLA
VALUTAZIONE DEL DOLORE

Insegnare alle persone e alle famiglie (come sostituti) a documentare la valutazione del dolore utilizzando strumenti adatti quando viene somministrata una terapia.

Ciò faciliterà il loro contributo al piano di trattamento e promuoverà una gestione continuativa ed efficace del dolore attraverso tutti i setting.

Grado di raccomandazione = Co

RACCOMANDAZIONE 12

DOCUMENTAZIONE DELLA
VALUTAZIONE DEL DOLORE

Verificare, con le persone che provvedono alle cure, che i risultati della valutazione del dolore (dell'operatore sanitario e della persona che fornisce l'assistenza) riflettano le esperienze personali del dolore.

Grado di raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 13

COMUNICAZIONE DEI RISULTATI
DELLA VALUTAZIONE DEL
DOLORE

Comunicare ai membri del team interdisciplinare i risultati della valutazione del dolore, descrivendo i parametri ottenuti con l'uso di uno strumento di valutazione strutturato: il sollievo o il mancato sollievo ottenuto con il trattamento, gli obiettivi delle persone per il trattamento del dolore e gli effetti del dolore sulle persone.

Grado di raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 14

COMUNICAZIONE DEI RISULTATI
DELLA VALUTAZIONE DEL
DOLORE

Sostenere l'intento della persona a cambiare il programma di trattamento se il dolore non si allevia. L'infermiere discute con il team interdisciplinare sulla necessità emersa di modificare il trattamento. L'infermiere supporta le proprie raccomandazioni con appropriate evidenze, fornendo un rationale chiaro sull'esigenza di cambiamento, includendo:

- intensità del dolore utilizzando una scala validata;
- variazioni nei punteggi della severità del dolore nelle ultime 24 ore;
- modificazioni della gravità e della qualità del dolore successivo alla somministrazione di analgesici e la durata dall'efficacia degli analgesici;
- quantità di farmaci antidolorifici assunti regolarmente e al bisogno nelle ultime 24 ore;
- obiettivi delle persone rispetto al sollievo dal dolore;
- effetto, sulle persone, del mancato sollievo dal dolore;
- assenza/presenza di effetti collaterali o di tossicità;
- suggerimenti per un cambiamento specifico del programma di trattamento supportato da evidenze.

Grado di Raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 15

COMUNICAZIONE DEI RISULTATI
DELLA VALUTAZIONE DEL
DOLORE

Fornire alla persona/curatori le istruzioni su:

(Grado di Raccomandazione = C)

- l'uso di un'agenda o di un diario (fornire uno strumento).
- comunicare il dolore invariato al loro medico, sostenerli e difenderli

RACCOMANDAZIONE 16

COMUNICAZIONE DEI RISULTATI
DELLA VALUTAZIONE DEL
DOLORE

Riferire le situazioni di dolore invariato come una responsabilità etica, usando tutti i canali di comunicazione appropriati all'interno dell'organizzazione, compresa la documentazione relativa all'individuo/curatori.

(Grado di Raccomandazione = C)

RACCOMANDAZIONE 17

COMUNICAZIONE DEI RISULTATI
DELLA VALUTAZIONE DEL
DOLORE

Per le persone con dolore cronico, che non si allevia dopo i seguenti principi standard di gestione del dolore, richiedere una consulenza a:

- uno specialista esperto nel trattamento di quel particolare tipo di dolore.
- un team multidisciplinare per indirizzare la complessità dei fattori coinvolti: emozionale, psico/sociale, spirituale e clinico.

(Grado di Raccomandazione = C)

RACCOMANDAZIONE 18

COMUNICAZIONE DEI RISULTATI
DELLA VALUTAZIONE DEL
DOLORE

Comunicare e discutere regolarmente tutti i parametri della valutazione del dolore con la persona, il familiare/curatore, colleghi, medici e altri professionisti sanitari di tutte le categorie. Promuovere e coordinare la richiesta di consulenza degli specialisti, quando necessario.

L'infermiere ha la responsabilità etica di rappresentare l'esperienza di dolore della persona valutandone la presenza e facendo opera di sostegno in favore dell'assistito secondo le linee guida dell'organizzazione. Una volta che il dolore è riconosciuto, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari formati sulla sua valutazione e gestione possono lavorare con gli individui per stabilire i programmi personalizzati di gestione del dolore (Lynch, 2001). Gli individui dovrebbero avere un programma scritto di gestione del dolore che comprenda, per l'assistito e il familiare/curatore, una formazione accurata e comprensibile per quanto riguarda il dolore e l'uso di farmaci (AHCPR, 1992; AHCPR, 1994). Una comunicazione chiara, concisa e continua fra tutti i membri del team interdisciplinare è un aspetto essenziale della gestione del dolore (SEGN, 2000).

Il dolore dovrebbe essere valutato quando avviene il trasferimento (trasmissione) nei servizi previsti per assicurare che sia realizzata ed effettuata una gestione ottimale del dolore (AHCPR, 1994).

DISCUSSIONE DELLE EVIDENZE

Una gestione del dolore efficace dipende da un'accurata valutazione del dolore e dallo sviluppo di un approccio olistico che includa entrambi i metodi di trattamento: farmacologico e non-farmacologico. È riconosciuto che una gestione del dolore efficace dipenda da un approccio coordinato e interdisciplinare in cui gli obiettivi del cliente siano coordinati con le azioni del team sanitario. Gli infermieri svolgono un ruolo importante, in collaborazione con i colleghi interdisciplinari, nella selezione dei metodi adatti per il trattamento del dolore in risposta a quanto sperimentato dalla persona. Gli infermieri inoltre valutano l'efficacia degli interventi di gestione del dolore e sono fautori dei cambiamenti del programma di trattamento per accertare un sollievo continuo del dolore.

GESTIONE DEL DOLORE

Gli infermieri mettono in pratica le funzioni di gestione del dolore sia come indipendenti che dipendenti, a seconda dello scopo della loro pratica. Per quanto riguarda il ruolo indipendente, gli infermieri con una valida conoscenza dei principi farmacologici possono fare raccomandazioni per i farmaci che loro conoscono essere efficaci nel trattamento del dolore e possono implementare misure non-farmacologiche complementari al trattamento farmacologico. Gli infermieri nel loro ruolo dipendente lavorano in collaborazione con i medici nel selezionare i trattamenti farmacologici riconosciuti efficaci basandosi sulle caratteristiche del paziente, sul tipo di dolore, sulla conoscenza della farmacocinetica e della farmacodinamica, ricoprendo funzioni specifiche necessarie ad un uso efficace delle misure farmacologiche.

GESTIONE DEL DOLORE

Gli infermieri ricoprono un numero di funzioni importanti nella gestione farmacologia del dolore in collaborazione con i medici, a seconda dello scopo della loro pratica, nella quale essi sono essenziali per un trattamento efficace del dolore. Le funzioni essenziali includono la definizione di un piano per la gestione del dolore, la selezione degli analgesici adatti, l'ottimizzazione del sollievo del dolore, il monitoraggio della sicurezza e dell'efficacia, l'anticipazione degli effetti secondari, la prevenzione del dolore procedurale, la formazione delle persone che stanno sperimentando il dolore e le loro famiglie, e una documentazione efficace.

GESTIONE DEL DOLORE

Stabilire un programma per la gestione del dolore in collaborazione con il team interdisciplinare che sia coerente con gli obiettivi individuali e della famiglia per quanto riguarda il sollievo del dolore, prendendo in considerazione i seguenti fattori:

- valutazione dei risultati;
- baseline delle caratteristiche del dolore;
- fattori fisici, psicologici e socio culturali che conformano l'esperienza del dolore;
- eziologia;
- strategie più efficaci, farmacologiche e non;
- interventi di gestione;
- attuali e futuri piani di trattamento primario.

Grado di Raccomandazione = C

RACCOMANDAZIONE 19

STABILIZZAZIONE DEL
PROGRAMMA PER LA
GESTIONE DEL DOLORE

Fornire agli individui ed ai familiari/curatori una copia scritta del piano di trattamento del dolore per aumentare la loro capacità decisionale ed il coinvolgimento attivo nella gestione del dolore. Il programma sarà corretto secondo i risultati della valutazione e rivalutazione. La modifica del piano di trattamento deve essere documentata e comunicata a tutti coloro che sono coinvolti nell'implementazione dello stesso.

Grado di Raccomandazione =A

RACCOMANDAZIONE 20

STABILIZZAZIONE DEL
PROGRAMMA PER LA
GESTIONE DEL DOLORE