

Traduzione di Roberta Baratti

Centro Studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi - Italia

www.ebn1.it - www.evidencebasednursing.it

November 2002.

Nursing Best Practice Guideline
Shaping the future of Nursing

assessment & management of pain



*Accertamento e gestione del
dolore
Ora in ITALIANO!*



RNAO

Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Associazione dei Infermieri
ed Infermiere autorizzata dal
Ministero



*Greetings from Doris Grinspun
Executive Director
Registered Nurses Association of Ontario*

It is with great excitement that the Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) disseminates this nursing best practice guideline to you. Evidence-based practice supports the excellence in service that nurses are committed to deliver in our day-to-day practice.

We offer our endless thanks to the many institutions and individuals that are making RNAO's vision for Nursing Best Practice Guidelines (NBPGs) a reality. The Ontario Ministry of Health and Long-Term Care recognized RNAO's ability to lead this project and is providing multi-year funding. Tazim Virani–NBPG project director–with her fearless determination and skills, is moving the project forward faster and stronger than ever imagined. The nursing community, with its commitment and passion for excellence in nursing care, is providing the knowledge and countless hours essential to the creation and evaluation of each guideline. Employers have responded enthusiastically to the request for proposals (RFP), and are opening their organizations to pilot test the NBPGs.

Now comes the true test in this phenomenal journey: will nurses utilize the guidelines in their day-to-day practice?

Successful uptake of these NBPGs requires a concerted effort of four groups: nurses themselves, other healthcare colleagues, nurse educators in academic and practice settings, and employers. After lodging these guidelines into their minds and hearts, knowledgeable and skillful nurses and nursing students need healthy and supportive work environments to help bring these guidelines to life.

We ask that you share this NBPG, and others, with members of the interdisciplinary team. There is much to learn from one another. Together, we can ensure that Ontarians receive the best possible care every time they come in contact with us. Let's make them the real winners of this important effort!

RNAO will continue to work hard at developing and evaluating future guidelines. We wish you the best for a successful implementation!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD (candidate)

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is written in a cursive style and is underlined with a single horizontal line.

Executive Director
Registered Nurses Association of Ontario

Come usare questo Documento

Questa linea guida di miglior pratica infermieristica è un documento completo che fornisce le risorse necessarie per supportare la pratica infermieristica basata sulle evidenze. Tale documento deve essere sottoposto a revisione e applicato in funzione delle specifiche esigenze dell'organizzazione o dei contesti/ambienti di pratica (clinica), così come delle esigenze e dei desideri degli assistiti. Le linee guida non dovrebbero essere interpretate alla lettera, come se fossero un libro di cucina, ma usate per assicurare che in loco siano presenti appropriate strutture e supporti allo scopo di erogare la miglior assistenza possibile.

Gli infermieri, gli altri professionisti della salute e i responsabili incaricati di proporre e facilitare i cambiamenti sul piano della pratica professionale, troveranno questo documento valido per

l'elaborazione di politiche, procedure, protocolli, programmi di formazione, nonché strumenti per la valutazione e la documentazione, ecc. Si raccomanda che le linee guida di miglior pratica infermieristica siano consultate come strumento di risorse. Non è necessario né pratico che ciascun infermiere posseda una copia dell'intero documento. Gli infermieri che prestano assistenza diretta ai pazienti trarranno beneficio dalla rassegna delle raccomandazioni, delle evidenze a supporto delle raccomandazioni, e dai processi impiegati per sviluppare le linee guida. Tuttavia è altamente raccomandato che i contesti/ambienti di pratica (clinica) adattino queste linee guida in modo che risultino di facile uso per l'attività quotidiana.

Le organizzazioni che desiderino utilizzare le linee guida possono decidere di farlo in diversi modi:

- Valutare le attuali pratiche infermieristiche ed assistenziali tramite le raccomandazioni contenute nelle linee guida
- Identificare le raccomandazioni volte a indirizzare le esigenze individuate oppure a colmare le lacune nei servizi offerti
- Sviluppare in modo sistematico un programma per implementare le raccomandazioni utilizzando gli strumenti e le risorse associate al documento

Le risorse per l'implementazione sono disponibili sul sito web RNAO per assistere individualmente le persone e le organizzazioni durante tale percorso. RNAO è interessata a conoscere come sono state implementate queste linee guida. Contattateci per condividere la vostra esperienza. La storia del luogo di implementazione pilota è riportata nella linea guida attraverso i commenti fatti dallo staff infermieristico, formatori ed amministratori. Questi commenti sono riportati dal report di valutazione:

Edwards, N. et al. (2002). Evaluation of pilot sites implementation. *Evaluation Summary: Assessment and Mangement of Pain*. Ottawa, Canada: University of Ottawa

Membri del panel di sviluppo

Doris Howell, RN, MScN, PhD(cand.)

Team Leader

Independent Consultant, Oncology and Palliative Care
Lisle, Ontario

Maria Beadle, RN

Community Palliative Consultation Team
St. Joseph's Health Care
Parkwood Hospital
London, Ontario

Ann Brignell, RN

Palliative Care Pain and Symptom Management Consultant/Educator
Palliative Care Initiatives, MOHLTC
Lambton County, Ontario

Marilyn Deachman, RN, BA

Clinical Nursing Consultant
Pain Management
Oakville, Ontario

Heike Lackenbauer, RN

Supportive Care Co-ordinator
Outpatient Oncology
Grand River Cancer Centre
Kitchener, Ontario

Lori Palozzi, RN, MScN, ACNP

Pain and Sedation Service
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Sharon Preston, RN

Resource Nurse in Oncology and Palliative Care
VON Eastern Lake Ontario Branch
Kingston, Ontario

Cynthia Struthers, RN, MScN, ACNP, AOCN

Director, Clinical & Advanced Practice Nursing
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Karima Velji, RN, MSc, PhD(cand), ACNP, AOCN

Advanced Practice Nurse
Radiation Oncology
University Health Network—
Princess Margaret Hospital
Toronto, Ontario

Judy Watt-Watson, RN, PhD

Graduate Coordinator/
Associate Professor
Faculty of Nursing, University of Toronto

Clinical Associate
Wasser Pain Management Centre

Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Assessment & Management of Pain

Project team:

Tazim Virani, RN, MScN
Project Director
Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
Project Coordinator
Anne Tait, RN, BScN
Project Coordinator
Carrie Scott
Administrative Assistant
Elaine Gergolas, BA
Administrative Assistant

**Registered Nurses Association of Ontario
Nursing Best Practice Guidelines Project
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4
Website: www.rnao.org**

Ringraziamenti

La Registered Nurses Association of Ontario desidera ringraziare le seguenti persone per il loro contributo nel revisionare questa linea guida di miglior pratica e nel fornire validi feedback:

Elizabeth Bildfell

Practice Consultant
College of Nurses of Ontario
Toronto, Ontario

Maryse Bouvette

Ontario Palliative Pain & Symptom
Management Network - East
Ottawa, Ontario

Lisa Hamilton

Registered Nurse
York Central Hospital
Richmond Hill, Ontario

Patti Kastanias

Acute Care Nurse Practitioner
University Health Network – Toronto
Western Hospital
Toronto, Ontario

Catherine Kiteley

Clinical Nurse Specialist Supportive Care
Credit Valley Hospital
Mississauga, Ontario

Dr. S. Lawrence Librach

Director, Temmy Latner Centre for
Palliative Care
Mount Sinai Hospital
W. Gifford-Jones
Professor Pain Control and Palliative Care
University of Toronto
Toronto, Ontario

Barb Linkewich

Ontario Palliative Pain & Symptom
Management Network - Northwest

Thunder Bay, Ontario

Marilyn Lundy

Clinical Consultant
Palliative Care Program
St. Elizabeth Health Care
North York, Ontario

Brenda MacKey

Registered Nurse
Victorian Order of Nurses: Waterloo-
Wellington-Dufferin Branch
Waterloo, Ontario

Carol Miller

Nurse Clinician
Complex Care Program
St. Joseph's Health Care
Parkwood Hospital
London, Ontario

Theresa Morris

Hospice Peterborough
Peterborough, Ontario

Dr. Eleanor Pask

Executive Director - Candlelighters
Toronto, Ontario

Patricia Payne

Canadian Cancer Society
Ontario Division
Toronto, Ontario

Elizabeth Peter

Assistant Professor
Faculty of Nursing, University of Toronto
Toronto, Ontario

Susan Saunders

Professional Practice Coordinator
Toronto Grace Hospital
Toronto, Ontario
Cindy Shobbrook
Advanced Practice Nurse
University Health Network–
Princess Margaret Hospital

Toronto, Ontario
Marlene Solomon
Parent Representative
HSC Pain and Sedation Committee Member
HSC Family Advisory Committee
Toronto, Ontario

RNAO inoltre desidera ringraziare le seguenti organizzazioni presenti in Thunder Bay, Ontario per il loro ruolo nella prova pilota di questa linea guida:

Thunder Bay Regional Hospital (TBRH)

Northwestern Ontario Regional Cancer Centre (NWORCC)

St. Joseph's Care Group (SJCG)

Community Care Access Centre (CCAC) of the District of Thunder Bay Central Park Lodge (CPL)

RNAO sinceramente ringrazia la leadership e la dedizione dei ricercatori che hanno diretto la fase di valutazione del *Nursing Best Practice Guidelines Project*. Il Team di valutazione comprende:

Principal Investigators:

Nancy Edwards, RN, PhD
Barbara Davies, RN, PhD
University of Ottawa

Evaluation Team Co-Investigators:

Maureen Dobbins, RN, PhD
Jenny Ploeg, RN, PhD
Jennifer Skelly, RN, PhD
McMaster University
Patricia Griffin, RN, PhD
University of Ottawa

Research Associates

Marilynn Kuhn, MHA
Cindy Hunt, RN, PhD
Mandy Fisher, BN, MSc(cand.)

Contact Information

**Registered Nurses Association
of Ontario**

Nursing Best Practice Guidelines
Project

111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4

**Registered Nurses Association
of Ontario**

Head Office

438 University Avenue, Suite 1600
Toronto, Ontario
M5G 2K8

Valutazione e gestione del dolore

Disclaimer

Queste linee guida di miglior pratica sono riferite solo alla pratica infermieristica e non sono predisposte per entrare nell'efficienza della contabilità fiscale. Queste linee guida non sono obbligatorie per gli infermieri ed il loro uso dovrebbe essere flessibile per conformarsi ai desideri degli assistiti, delle loro famiglie e delle situazioni locali. Esse non costituiscono un dovere o l'esenzione da un dovere. Sebbene sia stato fatto ogni sforzo per assicurare l'accuratezza dei contenuti al momento della pubblicazione, nessuno degli autori né la RNAO danno garanzie sull'accuratezza delle informazioni in essa contenute né accettano alcuna responsabilità rispetto a perdita, danno, infortuni o esborsi derivati da qualsiasi errore o omissione nei contenuti di questo lavoro. Ogni riferimento, contenuto nel documento, a specifici prodotti farmaceutici è a titolo esemplificativo e non deve essere impiegato per l'approvazione di nessuno di essi.

Copyright

Fatta eccezione per alcune parti per le quali appare la proibizione o la limitazione di copia, il resto di questo documento può essere riprodotto e pubblicato in ogni modalità, anche elettronica per scopi formativi o non commerciali, senza richiedere il consenso o il permesso della "Registered Nurses' Association of Ontario", garantendo che sia esplicitamente dichiarata la seguente fonte:

Registered Nurses' Association of Ontario (2002). *Valutazione e gestione del dolore*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.

Indice

Sommario delle Raccomandazioni	7
Responsabilità dello sviluppo della Linea guida	22
Obiettivi e scopi	22
Processo di sviluppo della Linea guida	22
Interpretazione delle Evidenze	24
Definizione dei Termini	24
Background	26
Raccomandazioni per la Pratica	28
Raccomandazioni per la Formazione	53
Raccomandazioni per l'Organizzazione & la Politica	54
Valutazione & Monitoraggio	58
Processo di Aggiornamento/Revisione della Linea guida	63
Riferimenti	64
Bibliografia	70
Appendice A – Glossario dei Termini Clinici	74
Appendice B–Strumenti di valutazione del dolore per Neonati, Bambini, Fanciulli	75
Appendice C–Esempio di domande per una baseline della valutazione del dolore	79
Appendice D–Domande supplementari per la valutazione del dolore	79
Appendice E – Strumenti di valutazione del dolore negli adulti	80
Appendice F – Analgesic Ladder	93
Appendice G – Esempio di Protocollo per l'iniezione Subcutanea	94
Appendice H – Metodi Non-Farmacologici di Controllo del dolore	95

Appendice I – Descrizione del Toolkit	97
Appendice J – Chart: Sommario delle Raccomandazioni per la Pratica.....	98

Sommario delle raccomandazioni

Raccomandazioni pratiche

Parte A – Valutazione

Screening per il dolore

Raccomandazione 1

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 valutazioni 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

Parametri di valutazione del dolore

Raccomandazione 2

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 3

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 4

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 5

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

Valutazione Completa Del Dolore

Raccomandazione 6

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

Rivalutazione e valutazione continua del dolore

Raccomandazione 7

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 raccomandazioni = C

Raccomandazione 8

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 9

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

Documentazione della valutazione del dolore

Raccomandazione 10

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 degli che controllano l'efficacia degli interventi (scala da 0-10).

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 11

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

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 12

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 = C

Comunicazione dei risultati della valutazione di dolore

Raccomandazione 13

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 14

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 15

Sostenere l'intento della persona a cambiare il programma di trattamento se il dolore non si allevia. L'infermiere discuterà con il team interdisciplinare sulla necessità emersa di modificare il trattamento. L'infermiere supporta le proprie raccomandazioni con appropriate evidenze, fornendo un razionale 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 16

Fornire istruzioni alla persona/curatore in merito a:

- l'utilizzare un diario per il dolore (fornire lo strumento).
- Comunicare al loro medico che non vi è stato sollievo dal dolore e sostenere una difesa a loro favore.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 17

Riferire le situazioni di dolore invariato, come responsabilità etica, utilizzando tutti i canali di comunicazione appropriati presenti all'interno dell'organizzazione, compresa la documentazione individuale/del curatore.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 18

Inviare in consulenza le persone con dolore cronico, il cui dolore non è alleviato dopo aver seguito standard principali di trattamento del dolore, a:

- un esperto specializzato nel trattamento di particolari tipi di dolore;
- un team multidisciplinare che indirizzi il complesso dei fattori concomitanti coinvolti: emozionali, psico-sociali, spirituali e clinici.

Grado di Raccomandazione = C

PARTE B- Management

Stabilire un Piano per la Gestione del Dolore

Raccomandazione 19

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 20

Fornire agli individui ed ai famigliari/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

Gestione farmacologia del dolore.

Selezione appropriata dell'analgesia.

Raccomandazione 21

Accertarsi che la scelta di analgesici sia personalizzata sul paziente, prendendo in considerazione:

- il tipo di dolore (acuto o cronico, nocicettivo e/o neuropatico);
- intensità del dolore;
- potenziale tossicità dell'analgésico (età, danno renale, ulcera peptica, trombocitopenia);
- condizioni generali della persona;

- condizioni generali e terapie concomitanti;
- costo per la persona e la famiglia;
- ambiente di cura.

Grado di Raccomandazione = A

Raccomandazione 22

Sostenere l'uso dei programmi più semplici del dosaggio analgesico e le modalità meno invasive di gestione del dolore:

- La via orale è la via preferita per il dolore cronico e per i dolori acuti in via di guarigione.
- Adattare la somministrazione alla situazione dolorosa individuale e all'ambiente di cura.
- La somministrazione endovenosa è la via parenterale scelta dopo interventi di chirurgia maggiore, solitamente per il bolo e l'infusione continua.

Grado Raccomandazione = C

- La via intramuscolare non è raccomandata per adulti, neonati e bambini perché è dolorosa e non affidabile.

Grado di Raccomandazione = B

Raccomandazione 23

Usare un metodo graduale nel fare raccomandazioni per la selezione degli analgesici appropriati da abbinare all'intensità di dolore.

- L'uso del WHO Analgesic Ladder (*scala redatta dalla OMS per la prescrizione graduale degli analgesici nei pazienti con cancro ndt.*) è raccomandato per il trattamento del dolore cronico nel cancro.
- La gestione farmacologia del dolore post operatorio lieve e moderato comincia con acetaminofene o NSAIDS. Comunque, il dolore moderato o severo deve essere trattato inizialmente con analgesici oppioidi.

Grado di Raccomandazione = B

Raccomandazione 24

Sostenere la consultazione con un esperto del management del dolore per situazioni complesse del dolore che includono, ma non in senso limitativo:

- dolore che non risponde a un trattamento standard;
- fonti multiple del dolore;
- dolore misto nocicettivo e neuropatico;
- anamnesi di tossicodipendenza.

Grado di raccomandazione = C

Raccomandazione 25

Riconoscere che Paracetamolo o farmaci non steroidei e antinfiammatori (NSAIDS) vengano usati come analgesico adiuvante per il trattamento di dolori leggeri e per tipi specifici di dolori, a meno che non siano controindicati.

Grado di Raccomandazione = A

Raccomandazione 26

Riconoscere che i farmaci adiuvanti sono un importante corollario nel trattamento di specifici tipi di dolore.

- Farmaci quali anticonvulsivanti e antidepressivi funzionano in modo indipendente come analgesici per specifici tipi di dolore.

- Attenzione supplementare è necessaria quando si somministrano farmaci antidepressivi e anticonvulsivanti agli anziani, che possono fare esperienza di importanti effetti anticolinergici e sedativi.

Grado di Raccomandazione = B

Raccomandazione | 27

Riconoscere che gli oppioidi sono usati per il trattamento del dolore da moderato a severo, a meno che non vi siano controindicazioni, tenendo in considerazione:

- precedente dose di analgesico;
- precedente storia di oppiacei;
- frequenza e gestione della somministrazione;
- vie di somministrazione;
- incidenza e severità degli effetti collaterali;
- potenziali effetti avversi correlati all'età;
- funzione renale.

Grado di raccomandazione = A

Raccomandazione | 28

Considerare i seguenti principi farmacologici nell'uso degli oppioidi per il trattamento di dolore severo:

- Le miscele di agonisti-antagonisti (es. pentazocina) non devono essere somministrate con gli oppioidi perché la combinazione può provocare una crisi di astinenza e un aumento del dolore.
- Gli anziani mostrano generalmente un picco maggiore e la durata più lunga dell'azione degli analgesici rispetto a pazienti più giovani. Iniziare a dosaggi inferiori e per più volte (titolazione attenta).
- Speciali precauzioni sono necessarie nell'uso di oppioidi con neonati e bambini sotto i sei mesi di età. Le dosi dei farmaci, incluse quelle per anestesia locale, devono essere calcolate in modo accurato basandosi sull'attuale o sull'appropriato peso del neonato.
- La dose iniziale non deve superare la quantità massima raccomandata.

Grado di raccomandazione = B

Raccomandazione | 29

Riconoscere che la "meperidina" è controindicata per il trattamento del dolore cronico.

- La "meperidina" non è raccomandata per il trattamento del dolore cronico a causa dell'accumulo del metabolita tossico "normeperidene", che può causare convulsioni e disforia.
- La "meperidina" può essere usata nelle situazioni di dolore acuto e per un breve periodo negli individui sani nei quali non abbia dimostrato una reazione inusuale (rilascio locale dell'istamina nel luogo di infusione) o risposte allergiche ad altri oppioidi come le morfine e le idromorfine.
- La "meperidina" è controindicata nei pazienti con un alterata funzionalità renale.

Grado di Raccomandazione = A

Ottimizzazione del sollievo dal dolore con gli oppioidi.

Raccomandazione | 30

Accertarsi che la somministrazione di analgesici sia appropriata e in conformità con le caratteristiche personali dell'individuo, le caratteristiche farmacologiche (es. durata dell'azione, dell'effetto picco e dell'emivita) e le vie del farmaco.

Grado di Raccomandazione = B

Raccomandazione 31

Riconoscere che gli oppioidi dovrebbero essere somministrati con un programma a intervalli di tempo regolare in accordo con la durata dell'azione e secondo le aspettative relative alla durata del dolore severo.

- Se il dolore severo è previsto nelle 48 ore postoperatorie, è necessaria la somministrazione sistematica per quel periodo di tempo. Nella fase più tardiva del decorso postoperatorio l'analgésico può essere efficacemente dato in base "al bisogno".
- Nel dolore cronico per il cancro, gli oppioidi sono somministrati calcolando un tempo base e valutando la durata dell'azione.
- Oppioidi a lunga azione sono più appropriati quando le dosi richieste sono stabili.

Grado di Raccomandazione = A

Raccomandazione 32

Usare principi di titolazione della dose specifici per il tipo di dolore per raggiungere la dose analgesica che allevia il dolore con effetti collaterali minimi, conformemente a:

- causa del dolore;
- risposta individuale alla terapia;
- condizioni cliniche;
- concomitante uso di sostanze;
- effetto picco ed iniziale;
- durata dell'effetto analgesico;
- età;
- conoscere la farmacocinetica e la farmacodinamica delle sostanze somministrate. Le dosi sono incrementate ogni 24 ore, nel caso di persone con dolore cronico con preparazioni a rilascio immediato, e ogni 48 ore per persone che usano oppioidi a rilascio controllato. L'eccezione è costituita dal fentanile transdermico che può essere aggiustato ogni 3 giorni.

Grado di Raccomandazione = B

Raccomandazione 33

Trattare il dolore rapidamente ricorrendo a dosi regolari di analgesico (per superare il dolore) usando e seguendo questi principi:

- L'aumento di dosi di analgesico nel post operatorio dipende dalla dose routinaria di analgesico, dal ritmo respiratorio individuale, dal tipo di intervento chirurgico e dall'uso di boli mediante la pompa PCA.
- Le dosi di analgesico per il dolore episodico dovrebbero essere somministrate alle persone "al bisogno" in conformità con l'effetto picco del farmaco (po/pr = q1h; SC/IM = q 30 min; IV = q 10-15 min).
- Per il dolore episodico intenso è più efficace usare lo stesso oppioide che viene assunto in dosi fisse ad orari fissi.
- Gli individui con dolore cronico dovrebbero avere:
 - Oppioide a rilascio immediato specifico per il dolore (dolore episodico intenso) che si presenta nella regolare gestione programmata della terapia ad orario fisso.
 - Dosi di analgesico per il dolore episodico intenso, nel dolore continuo da cancro, dovrebbero essere calcolate al 10-15 per cento della dose totale/24 ore dell'analgésico ad orario fisso.
 - Le dosi per il dolore episodico intenso dovrebbero essere regolate quando si aumenta il farmaco ad orario fisso.
 - E' necessario regolare la dose ad orario fisso se sono richieste più di 2-3 dosi di analgesico per il dolore episodico intenso nelle 24 ore ed il dolore non è controllato.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 34

Usare una tabella di equi-analgesia per assicurare l'equivalenza fra gli analgesici quando si devono sostituire. Riconoscere che il metodo più sicuro, quando si passa da un analgesico all'altro, è di ridurre il nuovo analgesico di una metà in una situazione di dolore stabile.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 35

Assicurare che siano prescritte le vie alternative di somministrazione quando il farmaco non può essere preso oralmente, prendendo in considerazione le preferenze individuali e la via di somministrazione più rapida ed efficace:

- Le indicazioni per la via transdermica di farmaci includono allergia alla morfina, nausea e vomito refrattari e difficoltà di deglutizione.
- Considerare la possibilità di infusione continua subcutanea di oppioidi in individui con cancro che soffrono di nausea refrattaria e vomito, difficoltà di deglutizione, o richiedere questa via per evitare continui sbalzi nel controllo per il dolore.
- Il costo dei farmaci e della tecnologia necessarie per l'erogazione dei farmaci (es. pompa per il dolore) dovrebbe essere preso in considerazione nella selezione di certe vie alternative per la somministrazione.
- Considerare di usare un sistema di iniezione a farfalla per somministrare analgesici subcutanei.
- Gli accessi epidurali devono essere controllati da clinici con risorse ed esperienza appropriate.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 36

Riconoscere la differenza fra assuefazione, tolleranza e dipendenza per evitare che diventino ostacoli al sollievo del dolore.

Grado di Raccomandazione = A

Monitoraggio della sicurezza e dell'efficacia

Raccomandazione 37

Monitorare le persone che assumono oppioidi a rischio di depressione respiratoria riconoscendo che gli oppioidi assunti da persone che non hanno dolore, o in dosi maggiori rispetto a quanto necessario per controllare il dolore, possono rallentare o arrestare il respiro.

- La depressione respiratoria si sviluppa meno frequentemente in individui che hanno dosi di oppioidi con un titolo appropriato. Le persone che hanno preso oppioidi per un certo periodo di tempo per controllare il dolore cronico o da cancro è improbabile che sviluppino questi sintomi.
- Il rischio di depressione respiratoria aumenta con la somministrazione intravenosa o epidurale di oppioidi, aumento rapido del dosaggio, danni renali.

Grado di Raccomandazione = A

Raccomandazione 38

Monitorare le persone in terapia analgesica per gli effetti secondari e la tossicità. Raccomandare un cambiamento degli oppioidi se, seguendo un'appropriata titolazione della dose, il sollievo del dolore è inadeguato e se la persona ha effetti secondari refrattari al trattamento profilattico come confusione o mioclonie. Dovrebbe essere usata una particolare attenzione quando si somministrano gli analgesici a bambini ed anziani.

Grado di raccomandazione = C

Raccomandazione 39

Valutare l'efficacia del sollievo del dolore con gli analgesici assunti a intervalli regolari e dopo la modifica del dosaggio, della modalità o del tempo di somministrazione. Sostenere la sostituzione dell'analgesico quando si nota che è inadeguato a dare sollievo al dolore.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 40

Chiedere la consulenza di un esperto del dolore per chi necessita di aumentare le dosi degli oppioidi perché inefficaci nel controllo del dolore. La valutazione dovrebbe includere un accertamento della patologia residuale e delle cause del dolore, come il dolore neuropatico.

Grado di Raccomandazione = C

Prevedere e prevenire i comuni effetti secondari da oppioidi

Raccomandazione 41

Prevedere e monitorare gli individui che assumono oppioidi per i comuni effetti secondari quali nausea e vomito, costipazione e sonnolenza, e iniziare una profilassi appropriata.

Grado di raccomandazione = B

Raccomandazione 42

Informare i pazienti che gli effetti secondari da oppioidi possono essere controllati per garantire la loro adesione con il regime del farmaco.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 43

Riconoscere e trattare tutte le cause potenziali degli effetti secondari tenendo in considerazione i farmaci che rafforzano gli effetti secondari degli oppioidi:

- Sedazione - sedativi, tranquillanti, antiemetici.
- Ipotensione posturale – antipertensivi, triciclici.
- Confusione - fenotiazine, triciclici, antistaminici e altri anticolinergici.

Grado di Raccomandazione = A

Nausea e vomito

Raccomandazione 44

Valutare tutte le persone che assumono oppioidi per la presenza di nausea e/o vomito, facendo particolare attenzione al rapporto tra sintomo e tempo di somministrazione dell'analgesico.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 45

Accertarsi che alle persone che assumono analgesici oppioidi sia prescritto un antiemetico da usare "al bisogno", unitamente alla somministrazione routinaria, se persistono nausea e vomito.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 46

Riconoscere che gli antiemetici hanno differenti meccanismi di azione, e che la selezione del giusto antiemetico si basa su questa comprensione e sull'eziologia dei sintomi.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 47

Valutare regolarmente l'effetto dell'antiemetico per determinare l'entità di nausea e vomito, e farsi promotori di un'ulteriore valutazione se il sintomo persiste nonostante un trattamento adeguato.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 48

Consultarsi con il medico per quanto riguarda la sostituzione con un differente antiemetico se nausea e vomito sono dovuti alla somministrazione dell'oppioide e non migliorano con adeguate dosi di antiemetico.

Grado di Raccomandazione = C

Costipazione

Raccomandazione | 49

Istituire misure profilattiche per il trattamento della costipazione a meno che non ci siano controindicazioni, e monitorare costantemente questi effetti.

- Si dovrebbero prescrivere ed aumentare i lassativi, in quanto necessari per raggiungere l'effetto desiderato, come misura preventiva per i soggetti che ricevono routinariamente oppioidi.

Grado di Raccomandazione = B

- I lassativi osmotici ammorbidiscono le feci, promuovono la peristalsi e possono essere un'efficace alternativa per coloro che hanno difficoltà a gestire un maggior numero di pillole.

Grado di Raccomandazione = B

- Lassativi stimolanti possono essere controindicati in caso di fecalomi. Clisteri e supposte possono essere necessari per rimuovere l'occlusione prima di riprendere gli stimolanti orali.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 50

Consigliare le persone circa le modifiche dietetiche che aumentano la peristalsi intestinale riconoscendo le preferenze e le situazioni individuali (un individuo gravemente malato può non tollerarle).

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 51

Richiedere una consulenza urgente per le persone che manifestano costipazione refrattaria accompagnata da dolore addominale e/o vomito .

Grado di Raccomandazione = C

Sedazione/Sonnolenza

Raccomandazione | 52

Riconoscere che la sedazione è normale e informare la persona e la famiglia/curatore sul fatto che la sonnolenza è comune quando si inizia l'assunzione di analgesici oppioidi e successivamente quando si aumenta il dosaggio.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 53

Valutare la sonnolenza che continua oltre le 72 ore per determinare la causa sottostante e informare il medico sulla eventuale presenza di confusione o allucinazione accompagnata da sonnolenza.

Grado di Raccomandazione = C

Anticipare e prevenire il dolore da procedure.

Raccomandazione 54

Prevedere il dolore che può manifestarsi durante alcune procedure quali per esempio i test medici e la sostituzione di medicazioni, e associare opzioni di prevenzione farmacologiche e non farmacologiche.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 55

Riconoscere che gli analgesici e/o gli anestetici locali sono il fondamento per la gestione farmacologica di procedure dolorose. Ansiolitici e sedativi sono specifici per la riduzione dell'ansia associata. Se usati da soli, ansiolitici e sedativi diminuiscono le risposte comportamentali senza alleviare il dolore.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 56

Accertarsi che siano stabilite una supervisione esperta e delle procedure appropriate di monitoraggio quando si usa la sedazione consapevole.

Grado di Raccomandazione = C

Formazione della famiglia e del paziente

Raccomandazione 57

Informare le persone e le loro famiglie/curatori sul loro dolore e sulle misure utilizzate per trattarlo, focalizzando l'attenzione in particolare sulla correzione di miti e strategie riguardanti la prevenzione ed il trattamento degli effetti secondari.

Grado di Raccomandazione = A

Raccomandazione 58

Accertarsi che gli individui capiscano l'importanza di segnalare subito un dolore invariato, i cambiamenti del dolore, le nuove fonti o tipi di dolore ed effetti secondari dovuti all'analgesico.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 59

Chiarire le differenze fra assuefazione, tolleranza e dipendenza fisica per indebolire le false credenze che possono prevenire l'uso di metodi farmacologici per la gestione del dolore.

- L'assuefazione (dipendenza psicologica) non è la dipendenza fisica o la tolleranza ed è rara nelle persone che assumono oppioidi per il dolore cronico.
- Le persone che usano gli oppioidi su base cronica per il controllo del dolore possono manifestare segni di tolleranza che richiedono un crescente adattamento del dosaggio. Tuttavia, la tolleranza solitamente non è un problema e le persone possono mantenere la stessa dose per anni.
- Le persone che non hanno più bisogno di oppioidi dopo averli usati a lungo, devono ridurre la dose lentamente, durante diverse settimane, per prevenire la sintomatologia della dipendenza fisica.

Grado di Raccomandazione = A

Documentazione efficace

Raccomandazione 60

Documentare tutti gli interventi farmacologici con una registrazione sistematica del dolore che identifichi chiaramente gli effetti rilevanti dell'analgésico sul sollievo del dolore. Utilizzare questa registrazione per comunicare con i colleghi interdisciplinari rispetto alla titolazione dell'analgésico. Dovrebbero essere documentati la data, il periodo, la gravità, la localizzazione ed il tipo di dolore.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 61

Fornire all'individuo ed alla famiglia in assistenza domiciliare una strategia semplice per documentare gli effetti dell'analgésico.

Grado di Raccomandazione = C

Gestione non farmacologica del dolore

Raccomandazione 62

Combinare metodi farmacologici e non-farmacologici per ottenere un gestione del dolore efficace.

- I metodi di trattamento non-farmacologici non dovrebbero essere usati per sostituire un'adeguata gestione farmacologica.
- La selezione dei metodi di trattamento non-farmacologici dovrebbe basarsi sulle preferenze individuali e sugli obiettivi del trattamento.
- Prima dell'applicazione dovrebbero essere considerate tutte le potenziali controindicazione dei metodi non-farmacologici.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 63

Istituire specifiche strategie conosciute per essere efficaci per specifici tipi di dolore, come il caldo e il freddo superficiali, il massaggio, il rilassamento, il linguaggio figurato e la pressione o la vibrazione, a meno che non siano controindicate.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 64

Realizzare interventi psicosociali che facilitino l'individuo e la famiglia a far fronte rapidamente al trattamento.

Grado di Raccomandazione = B

Raccomandazione 65

Istituire interventi psicoeducativi come parte di un programma complessivo di gestione del trattamento del dolore.

Grado di Raccomandazione = A

Raccomandazione 66

Conoscere che le strategie cognitivo-comportamentali combinate con un approccio riabilitativo multidisciplinare, sono importanti strategie per il trattamento del dolore cronico non maligno.

Grado di Raccomandazione = A

Raccomandazioni per la Formazione

Raccomandazione 67

Gli infermieri preparati per essere inseriti nella pratica devono avere conoscenza dei principi di valutazione e di gestione del dolore.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 68

I principi di gestione e di valutazione del dolore dovrebbero essere inclusi in programmi di orientamento e resi disponibili nell'ambito delle opportunità di sviluppo professionale nell'organizzazione.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 69

I programmi educativi devono essere progettati per facilitare il cambiamento nelle conoscenze, abilità, atteggiamenti e convinzioni degli infermieri per quanto riguarda la valutazione e la gestione del dolore al fine di garantire un supporto per nuove pratiche.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 70

I programmi educativi devono offrire all'infermiere l'opportunità di mostrare pratiche efficaci nella valutazione e nella gestione del dolore, e devono indirizzare le risorse necessarie per sostenere la pratica (es. modifiche della pratica, sistemi di reminder, rimozione delle barriere etc).

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazioni per la Politica e l'Organizzazione

Raccomandazione | 71

Le organizzazioni infermieristiche devono assicurare che gli Standard della Pratica Infermieristica includano l'adozione di standard per la responsabilità della gestione del dolore.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 72

Le organizzazioni sanitarie devono avere sul posto un sistema di documentazione per supportare e rinforzare per un approccio standardizzato alla valutazione ed alla gestione del dolore.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 73

Le organizzazioni sanitarie devono avere risorse educative disponibili per persone e famiglie/curatori, per quanto riguarda la loro partecipazione al raggiungimento di un adeguato sollievo dal dolore.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 74

Le organizzazioni sanitarie devono dimostrare il loro impegno a riconoscere il dolore come problema prioritario. Le politiche devono chiarire, sostenere e dirigere le aspettative dello staff rispetto all'assunto che alleviare in modo soddisfacente il dolore è una priorità.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione | 75

Le organizzazioni sanitarie devono garantire le risorse mettendole a disposizione degli individui, delle famiglie/curatori, e dello staff per provvedere valutazione e gestione del dolore efficaci, come ad esempio l'accesso ad esperti nella gestione del dolore.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 76

Le organizzazioni sanitarie devono dimostrare di supportare un approccio interdisciplinare al dolore.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 77

Le organizzazioni sanitarie devono avere sistemi di miglioramento della qualità in loco e monitorare la qualità della gestione del dolore attraverso il continuum di cura.

Grado di Raccomandazione = C

Raccomandazione 78

Nel pianificare le strategie educative, prendere in considerazione la maggior parte dei metodi efficaci per la divulgazione e l'implementazione delle raccomandazioni delle linee guida. Questi metodi includono, ma non si limitano a:

- l'uso di un modello di cambiamento comportamentale per guidare lo sviluppo di strategie per l'implementazione.
- l'uso di una combinazione di strategie per influenzare il cambiamento nella pratica.
- la designazione di strategie d'implementazione che tengano in considerazione l'influenza dell'ambiente organizzativo.

Grado di Raccomandazione = A

Raccomandazione 79

Le linee guida di best practice infermieristica possono essere implementate con successo solo dove ci siano adeguata progettazione, risorse, supporto organizzativo ed amministrativo, come pure appropriate facilitazioni. L'organizzazione può desiderare di sviluppare un piano di implementazione che includa:

- Una valutazione della preparazione organizzativa e delle barriere alla formazione;
- Il coinvolgimento di tutti i membri (con funzioni di supporto sia dirette che indirette) che contribuiranno alla implementazione del processo.
- Una persona qualificata dedicata che provveda al supporto necessario per l'educazione e l'implementazione del processo.
- Opportunità continue di discussione e formazione per rinforzare l'importanza della miglior pratica.
- Occasioni per la riflessione sull'esperienza personale ed organizzativa fatta nell'implementare le linee guida.

A questo riguardo, RNAO (tramite un panel di infermieri, ricercatori e amministratori) ha sviluppato il *“Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines”* basato sull'evidenza disponibile, sulle prospettive teoriche e sul consenso. Il Toolkit è raccomandato per guidare l'implementazione della linea guida di miglior pratica infermieristica RNAO *“Assessment and Management of Pain”*.

Grado di Raccomandazione = C

Responsabilità dello Sviluppo della Linea Guida.

The Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), con un fondo di *Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*, ha intrapreso un progetto pluriennale di sviluppo di linee guida di best practice infermieristica, implementazione pilota, valutazione e disseminazione. In questo secondo ciclo del progetto, una delle aree di enfasi è relativa alla valutazione ed alla gestione del dolore. Queste linee guida è stata sviluppata da un comitato di infermieri convocati da RNAO per condurre questo lavoro in modo indipendente da ogni pregiudizio o influenza di *Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*

Obiettivi e Scopi

Le linee guida di miglior pratica sono affermazioni sistematicamente sviluppate per aiutare le decisioni degli operatori e degli utenti circa un'appropriatezza assistenza sanitaria. Questa linea guida di best practice è redatta per dare delle indicazioni agli infermieri che praticano in tutti gli ambiti di cura, sia istituzionali, sia comunitari, sulla valutazione e gestione del dolore, compresa, quando possibile, la sua prevenzione. La linea guida incorpora le pratiche migliori in modo trasversale al setting tanto per il dolore acuto che per quello cronico, con raccomandazioni specifiche relative a: popolazioni specializzate quali anziani e bambini. Gli infermieri che lavorano nelle aree specialistiche quali pediatria, gerontologia, dolore cronico non maligno, dolore maligno, trauma acuto ed aree chirurgiche richiederanno ulteriori indicazioni da linee guida di pratica clinica nella loro specifica area di focus.

Questa linea guida focalizza le sue raccomandazioni su: Raccomandazioni per la Pratica, che includono la valutazione e la gestione del dolore; Raccomandazioni per la Formazione per supportare le abilità richieste agli infermieri; e Raccomandazioni per l'Organizzazione e la Politica che danno indicazioni sull'importanza di un ambiente pratico supportivo come fattore in grado di provvedere a un'assistenza infermieristica di alta qualità, che comprenda la valutazione continua dell'implementazione della linea guida.

La linea guida contiene raccomandazioni di best practice infermieristica riguardante la valutazione e la gestione del dolore. È riconosciuto che la competenza individuale degli infermieri varia al loro interno e si basa su conoscenze, abilità, attitudini, analisi critica e presa di decisioni che aumenta nel tempo con l'esperienza e la formazione. La premessa è che a livello individuale gli infermieri eserciteranno soltanto quegli aspetti di valutazione e gestione per i quali hanno un'adeguata formazione ed esperienza, e che rientrano negli scopi della loro pratica.

Ci si attende che gli infermieri cercheranno il consulto appropriato nelle situazioni in cui i bisogni del paziente superano le loro capacità individuali ad agire in modo indipendente. E' riconosciuto che la cura efficace del paziente dipende da un approccio coordinato interdisciplinare, che incorpori la comunicazione continua fra i professionisti sanitari ed i pazienti, con un'attenzione continua alle preferenze personali e ai bisogni unici di ogni specifico paziente.

Processo di Sviluppo della Linea Guida

Nel giugno del 2000, un panel di infermieri con esperienza nella pratica clinica e nella ricerca in tema di valutazione e gestione della popolazione con dolore acuto, cronico, in terapia palliativa e pediatrico, provenienti da un contesto sia istituzionale, sia comunitario, si sono riuniti sotto gli auspici di RNAO.

Il primo compito del panel era di identificare e revisionare le linee guida di pratica clinica già esistenti per costruire su quanto è attualmente conosciuto sulla gestione e valutazione del dolore, e

per raggiungere il consenso sullo scopo della linea guida. Una ricerca sistematica della letteratura sommata a una ricerca strutturata in Internet ha prodotto un insieme di dieci linee guida di pratica clinica relative alla valutazione ed alla gestione del dolore. C'era la forte opinione del panel che queste linee guida non venivano usate dalla maggior parte degli infermieri come guida nella loro pratica clinica. Il gruppo ha preso la decisione di incorporare le attuali linee guida, con caratteristiche di applicabilità da parte degli infermieri, nello sviluppo di questa linea guida di best practice e di creare un documento che possa avere un'utilità clinica nella pratica degli infermieri.

E' stata condotta una valutazione qualitativa sulle dieci linee guida di pratica clinica identificate usando lo strumento di Cluzeau et al. (1997). Questo strumento fornisce una struttura per valutare la qualità delle linee guida di pratica clinica e facilitarne il processo decisionale. Ogni linea guida identificata è stata rivista da un minimo di quattro valutatori. I punteggi ottenuti dalla valutazione delle varie linee guida hanno aiutato i valutatori a confrontarle ed a determinare la loro relativa forza e debolezza. Da questa valutazione sistematica, sono stati identificati quattro documenti di alta qualità, rilevanti e appropriati per l'utilizzo nello sviluppo di questa linea guida di best practice. In modo specifico, erano forti per rigore e contesto/contenuto, elementi che sono stati identificati dal gruppo come importanti rispetto a quanto richiesto. Queste linee guida comprendono:

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (1992). *Acute pain management: Operative or medical procedures and trauma*. Clinical Practice Guideline, Number 1. AHCPR Publication Number 92-0032. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (1994). *Management of cancer pain*. Clinical Practice Guideline, Number 9. AHCPR Publication Number 94-0592. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.

American Pain Society, Quality of Care Committee (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute and cancer pain. *Journal of the American Medical Association*, 274(23), 1874-1880.

Royal College of Nursing (1999). *Clinical practice guidelines –The recognition and assessment of acute pain in children, Technical report*. London: Royal College of Nursing.

Il Panel di sviluppo ha proceduto a produrre una tabella di sintesi delle raccomandazioni selezionate dalle quattro linee guida di pratica clinica. Le raccomandazioni pratiche sono state estratte e/o adattate da quella linea guida che era stata valutata avere il massimo di rigore, contesto, contenuto, ed applicabilità (prima selezione). Una seconda selezione di raccomandazioni pratiche è stata fatta tra quelle linee guide che hanno avuto un'alta valutazione per il contenuto o dove questo era rilevante e poteva essere sostenuto dalla letteratura esistente. Il gruppo ha adattato le raccomandazioni pratiche all'interno di questa linea guida per assicurare la loro applicabilità nella migliore pratica infermieristica. Revisioni sistematiche e narrative della letteratura sono state usate nello sviluppo delle raccomandazioni pratiche che non potevano essere state estratte dalle linee guida esistenti. Il panel ha raggiunto il consenso per ogni raccomandazione.

Una bozza della linea guida è stata sottoposta ad un gruppo di stakeholders esterni per la revisione. Il feedback ricevuto è stato rivisto e incorporato nella bozza finale della linea guida. Tale bozza di linea guida ha avuto un'implementazione pilota in ambienti pratici, selezionati, in Ontario. Il setting pratico dell'implementazione pilota è stato identificato con un processo di adesione volontaria, condotto dalla RNAO. E' stata valutata la fase di implementazione, e la linea guida è stata ulteriormente raffinata e preparata per la pubblicazione dopo che i risultati della valutazione sono stati riportati e revisionati dal gruppo di sviluppo.

Interpretazione delle Evidenze

La best practice richiede che gli infermieri siano guidati dalle migliori evidenze disponibili. Per rendere il lettore in grado di capire la forza dell'evidenza, ogni raccomandazione è stata citata con un grado della raccomandazione. Il sistema di classificazione usato in questa linea guida è adattato alla Scottish Intercollegiate Guideline Network (2000).

Gradi delle raccomandazioni:

- A** Richiede almeno uno studio controllato e randomizzato (RCT) come parte di una letteratura di generale buona qualità e consistenza, che indirizzi le specifiche raccomandazioni. Questo grado può include la revisione sistematica e/o la meta-analisi di RCT.
- B** Richiede disponibilità di studi clinici ben condotti, ma non studi clinici randomizzati sul topic della raccomandazione. Sono comprese le evidenze derivate da studi controllati ben disegnati, senza randomizzazione, studi quasi sperimentali e studi non sperimentali quali gli studi comparativi, gli studi di correlazione e i casi studio. Il panel di sviluppo della linee guida della RNAO sostiene fortemente l'inclusione, in questa categoria, di studi qualitativi ben disegnati.
- C** Richiede l'evidenza ottenuta dai rapporti di un comitato di esperti, dalle opinioni e/o dall'esperienza clinica di professionisti autorevoli. Indica l'assenza di studi clinici direttamente applicabili di buona qualità.

Definizione dei termini

(fare riferimento all'Appendice A per un glossario dei termini clinici)

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) può essere descritto come sordo o 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 sistematica 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).

Background

Il dolore è uno dei motivi più frequenti per cui gli individui cercano l'assistenza di un professionista sanitario. Il dolore può essere un onere significativo per gli individui, le famiglie, la società e il sistema sanitario. Uno studio recente condotto in cinque continenti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dimostrato che circa il 22 per cento della popolazione, nello scorso anno, ha sofferto per un dolore persistente (Gureje, Von Korff, Simon & Gater, 1998). Al *Michigan Pain Study*, un'indagine random (scelta casuale) stratificata in 1500 adulti del Michigan, ha evidenziato che il 20 per cento degli adulti soffre di alcune forme di dolore cronico o ricorrente ed ha notato che il dolore ha un elevato impatto nella loro vita (EPIC/MRA, 1997). I giorni lavorativi persi e l'aumento di visite presso l'ambulatorio di emergenza da parte del 21 per cento di persone che soffrono di dolore, come notato in questo studio, suggerisce che il costo sociale per il dolore costante è un carico significativo per gli individui, le loro famiglie ed il sistema sanitario.

Il dolore costante ha, sui pazienti, profondi effetti fisiologici e psicologici, che possono influenzare il loro recupero da una malattia acuta, può alterare le loro funzioni fisiche ed emozionali, diminuire la qualità di vita ed alterare la loro abilità al lavoro. Tuttavia, nonostante queste gravi conseguenze, numerosi studi continuano a segnalare incidenze significative di dolore costante attraverso tutte le popolazioni di pazienti.

È valutato che il dolore costante causato da metastasi è trattato in modo inadeguato per il 50 per cento dei pazienti affetti da cancro (Cleeland et al., 1994; VonRoegen, Cleeland & Gonin., 1993; Young, 1999). Alcuni studi riferiscono che il 25-50 per cento delle persone anziane che vivono in comunità soffrono di dolore significativo e approssimativamente il 70 per cento dei pazienti in case di cura hanno esperienza di problemi per dolore continuo (Ferrell, 1991; Helm & Gibson, 1997; Turck & Feldman, 1992). Altri studi indicano che il 50-80 per cento dei pazienti hanno avuto un dolore da moderato a severo dopo somministrazione di analgesici (AHCPR, 1994; McCaffery & Pasero, 1998).

Difficile da valutare è la dimensione del dolore nei bambini poiché spesso non è riconosciuto e viene segnalato con metodi notevolmente differenti da paese a paese. Nei bambini il dolore non riconosciuto e non alleviato pesa significativamente sugli stessi e sulle loro famiglie. I bambini con dolore possono fare esperienza di irritabilità, disturbi del sonno, problemi di alimentazione e diffidenza generale verso i professionisti sanitari. Le famiglie possono sentirsi inadeguate ed essere arrabbiate per non potere impedire o controllare il dolore nel loro bambino (WHO/IASP, 1998).

Esistono sufficienti conoscenza e risorse per provvedere a un soddisfacente sollievo dal dolore e per migliorare la qualità di vita per coloro che soffrono di un dolore significativo. Gli standards del *Canadian Council on Health Services Accreditation* (1995) danno una chiara indicazione agli ospedali canadesi che una continua valutazione dell'efficacia della gestione del dolore è una componente attesa della valutazione CCHSA. Il *Canadian Pain Society Position Paper on Pain Relief* stabilisce che i pazienti hanno diritto al miglior sollievo possibile del dolore (Watt-Watson, Clark, Finley & Watson, 1999).

Gli infermieri possono assumere un ruolo fondamentale nella gestione del dolore utilizzando le conoscenze attuali delle misure per attenuarlo e adottando le migliori pratiche per la sua valutazione e gestione. Gli infermieri sono legalmente ed eticamente tenuti a sostenere i pazienti nell'ambito del sistema sanitario accertandosi che siano utilizzate le strategie di sollievo dal dolore, promuovendo il confort del paziente ed il sollievo dal dolore.

Abbiamo notato un grande cambiamento in alcuni dei residenti e stiamo combattendo per provare a garantire loro il massimo confort possibile. Abbiamo notato una grande differenza nel loro livello di confort. Abbiamo

avuto molti commenti da parte della famiglia sul fatto che i loro cari sembrano molto più tranquilli e rilassati. Alcuni di loro stanno mangiando meglio. Così direi che in questa situazione ha avuto un grande effetto.

(Luogo dell'implementazione pilota)

Principi guida della Valutazione e Gestione del dolore

I seguenti principi informativi di valutazione e gestione del dolore sono stati delineati partendo dalle dichiarazioni formulate da diversi punti di vista revisionate come parte del processo di sviluppo della linea guida.

Il panel di sviluppo della linea guida RNAO ha identificato e raggiunto il consenso nei seguenti principi che guidano l'infermiere nella valutazione e gestione del dolore:

- I pazienti hanno diritto al miglior sollievo del dolore possibile.
- Un dolore acuto non alleviato ha delle conseguenze e gli infermieri dovrebbero prevenire il dolore quando è possibile.
- Un dolore non alleviato richiede un'analisi critica dei fattori e degli interventi ad esso correlati.
- Il dolore è un'esperienza soggettiva, multidimensionale ed estremamente variabile per ognuno, indipendentemente dall'età o da bisogni speciali.
- Gli infermieri sono legalmente ed eticamente obbligati a patrocinare un cambiamento del programma di trattamento quando il sollievo dal dolore è inadeguato.
- E' richiesta la collaborazione con pazienti e famiglie quando si prendono delle decisioni sulla gestione del dolore.
- Un'efficace valutazione e gestione del dolore ha uno scopo multidimensionale e richiede un intervento interdisciplinare coordinato.
- Le competenze cliniche sulla valutazione e sulla gestione del dolore richiedono una formazione continua.
- L'uso efficace di analgesici oppioidi dovrebbero facilitare le attività di routine come la deambulazione, la terapia fisica e le attività di vita quotidiana.
- Gli infermieri sono obbligati a partecipare alla valutazione formale del processo e dei risultati di gestione del dolore a livello organizzativo.
- Gli infermieri hanno una parte di responsabilità nel negoziare, insieme con altri professionisti della salute, quei cambiamenti organizzativi che facilitano il miglioramento delle pratiche di gestione del dolore.
- Gli infermieri devono perorare i cambiamenti della politica e l'allocazione delle risorse che supporteranno un'efficace gestione del dolore.

Raccomandazioni per la Pratica

PARTE A – VALUTAZIONE

Screening del dolore

Raccomandazione • 1

Fare lo screening almeno una volta al giorno a tutte le persone a rischio di dolore interrogando la persona o la famiglia/curatore riguardo alla presenza di dolore, di sofferenza o di disagio.

(Grado di Raccomandazione = C)

- Per i bambini, considerare quanto segue:
 - Chiedere ai genitori le parole che un bambino può usare per descrivere il dolore o osservare nel bambino i segni e i comportamenti indicativi di dolore.
 - Fare lo screening per il dolore quando si intraprende un'altra procedura di valutazione.
- Per l'anziano fragile, per persone che non parlano o con problemi cognitivi, fare lo screening per valutare se sono presenti questi indicatori:
 - dichiara di avere dolore;
 - sperimenta un cambiamento del suo stato;
 - è stato diagnosticato affetto da dolore cronico;
 - ha una storia di dolore cronico inespresso;
 - assume farmaci correlati al dolore per > 72 ore;
 - ha una sofferenza espressa con il comportamento o con smorfie o del viso;
 - indica che il dolore è presente attraverso l'osservazione di famiglia/staff/volontari.

Discussione delle Evidenze

Ponendo una particolare attenzione alla promozione della salute ed al miglioramento dei risultati di cura, il successo della gestione del dolore comincia con lo screening per rilevare la presenza del dolore stesso. Sforzandosi di andare oltre questo limite e rendere il dolore una priorità, lo standard della *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (2000) ora sostiene la valutazione del dolore come quinto parametro vitale (Lynch, 2001; Merboth & Barnason, 2000).

Tutti i pazienti a rischio dovrebbero essere sottoposti ad uno screening che comprenda le popolazioni vulnerabili (per esempio neonati, lattanti, bambini, anziani, i pazienti che non possono comunicare o con un alterato stato cognitivo, quelli con una malattia pericolosa per la vita) usando uno strumento per l'intensità validato (0-10) (AHCPR, 1994). Alcune persone anziane riferiscono che le residenze sanitarie dovrebbero essere sottoposte a screening in modo routinario per rilevare la presenza di dolore (American Geriatric Society, 1998).

Parametri per la valutazione del dolore

Raccomandazione • 2

Il self-report è la fonte primaria della valutazione per le persone con inalterato stato cognitivo e comunicativo. Le notizie sul dolore, fornite dalla famiglia/curatore, sono previste per i bambini o per gli adulti, incapaci di auto-riferire. *(Grado di Raccomandazione = C)*

Raccomandazione • 3

Viene selezionato uno strumento sistematico e validato per valutare i parametri del dolore, che comprenda: *(Grado di Raccomandazione = C)*

- Localizzazione del dolore;
- Effetto del dolore sulla funzionalità e sulle attività della vita quotidiana (lavoro, interferenza con le attività abituali, ecc.);

- Livello del dolore quando si è fermi e durante le attività;
- Uso di farmaci;
- P - Fattori che provocano o che precipitano la situazione;
- Q - qualità del dolore (che parole usa la persona per descrivere il dolore?-mi fa male, pulsa);
- R – irradiazione del dolore (il dolore è diffuso?);
- S – severità del dolore (scala d'intensità da 0 a 10);
- T – cadenza temporale (occasionale, intermittente, costante).

Raccomandazione • 4

Viene usato uno strumento standardizzato con una validazione stabilita per valutare l'intensità del dolore. (*Grado di Raccomandazione = C*)

- Visual Analogue Scale (VAS);
- Numeric Rating Scale (NRS);
- Verbal Scale;
- Faces Scale;
- Behavioural Scale.

Raccomandazione • 5

La valutazione del dolore include inoltre indicatori fisiologici e comportamentali del dolore e dovrebbero essere inclusi in popolazioni quali neonati, bambini, e nelle persone con alterato stato cognitivo e persone con dolore acuto. (*Grado di Raccomandazione = C*)

Nelle persone incapaci di comunicare, con deficit cognitivo:

a. Indicatori di assenza

- Disinteresse;
- interazione diminuita;
- appetito diminuito;
- modello del sonno alterato.

b. Indicatori Attivi

- dondolamenti;
- vocalizzazione negativa;
- aggrottamento delle ciglia o smorfie;
- respiro rumoroso;
- irritabilità;
- agitazione.

Nei bambini:

Cambiamenti nel:

- comportamento;
- aspetto;
- livello di attività;
- segni vitali.

Nei neonati:

- espressioni facciali di pianto;
- risposte motorie;
- postura corporea;
- attività;
- calma eccessiva;
- immobilità;

Discussione delle Evidenze

Un'accurata valutazione e diagnosi del tipo di dolore, della sua gravità e del suo effetto sulle persone, servono per pianificare appropriati interventi o trattamenti, e sono parte integrante della valutazione clinica generale (SIGN, 2000). I professionisti sanitari dovrebbero chiedere notizie sul dolore alle persone tramite il self-report, che dovrebbe rappresentare la fonte primaria della valutazione, facendo attenzione all'abilità delle persone di svolgere attività di vita quotidiana e di funzionare in generale (AHCPR, 1994; McCaffery & Pasero, 1998). Le persone dovrebbero essere informate e istruite circa la valutazione e la gestione del dolore ed essere incoraggiate ad assumere un ruolo attivo nella loro gestione del dolore (SIGN, 2000). Le persone e la loro famiglia dovrebbero essere valutate rispetto alla loro capacità di comprensione e di uso corretto dello strumento selezionato, e la formazione dovrebbe fornire istruzioni sull'utilizzo dello strumento (RCN, 1999).

La diagnosi della causa del dolore, dell'effetto funzionale e dell'impatto psicosociale è raggiunta attraverso una completa valutazione, che include anamnesi, esame fisico, indagini e strumenti di valutazione standardizzati (SIGN, 2000). Una valutazione baseline dovrebbe essere completata su tutti i pazienti, compresi gli adulti ed i bambini che segnalano la presenza di dolore e/o presentano indicatori comportamentali e/o fisiologici del dolore (AHCPR, 1992; McCaffery & Pasero, 1998; RCN, 1999). Uno strumento di valutazione validato e semplice, quale la Scala di Valutazione Numerica (Numerical Rating Scale - NRS), che stima l'intensità del dolore su una scala da 0 a 10, dovrebbe essere usato nella valutazione continua del dolore (AHCPR 1994; SIGN, 2000). Altri strumenti includono la Scala Analogica Visiva (VAS) e la Scala di Valutazione Verbale (VRS), che sono ritenute avere una buona attendibilità e validità (Briggs & Closs, 1999). Devono inoltre essere valutate altre dimensioni del dolore come l'umore (SIGN, 2000). La scelta della scala dovrebbe essere basata sulle preferenze della persona, l'età, le funzioni cognitive e il linguaggio e la stessa scala dovrebbe essere usata ogni volta che viene valutato il dolore e durante lo stesso livello di attività (AHCPR, 1992; American Pain Society, 1999).

L'adattamento degli strumenti è necessario per le persone con ritardo dello sviluppo, difficoltà di apprendimento, danni cognitivi e/o disturbi emozionali (ICSI, 2001; RCN, 1999; SIGN, 2000).

Dovrebbe essere valutata la terminologia del dolore più frequentemente usata dalla persona per descrivere il dolore, per esempio le parole "male" e/o "disagio", e lo stesso termine dovrebbe essere usato nella valutazione continua (McCaffery & nel Pasero, 1998). Dovrebbero, inoltre, essere parte della valutazione iniziale le preferenze, aspettative/credenze/miti della persona circa i metodi di gestione del dolore e le modalità con cui trasmettere le informazioni sulla gestione del dolore, (consenso del panel RNAO).

Neonati/Bambini:

Le strategie di valutazione devono essere adeguate al livello di sviluppo e al tipo di personalità del bambino ed alla situazione. È importante ottenere dal genitore o dal bambino la parola che egli usa per descrivere il dolore (per esempio male, paura) (AHCPR, 1992). La valutazione del genitore del dolore del proprio bambino non deve sovrapporsi a quello che viene riferito dal bambino. Tuttavia, quando i bambini non possono o non sono disposti a fornire un self-report, ciò che viene riferito dalla famiglia sul dolore dovrebbe essere usato e incorporato come parte della valutazione del dolore del bambino (RCN, 1999). È importante rilevare i cambiamenti nel comportamento del bambino, l'aspetto, il livello di attività, ed i segni vitali perché possono indicare un cambiamento dell'intensità del dolore (RCN, 1999).

Le misure comportamentali possono indicare, in modo efficiente ed attendibile, che i neonati stanno avvertendo dolore e dovrebbero essere usate con i bambini in età preverbale o che non parlano.

Queste misure includono: pianto, espressioni facciali, risposte motorie, posizioni del corpo, attività, calma eccessiva, agitazione e aspetto (RCN, 1999).

Anziani:

Le persone anziane possono presentare limiti sostanziali ad un'accurata valutazione del dolore. Possono essere riluttanti a segnalare il dolore malgrado il notevole danno fisico o psicologico. Il danno sensoriale e cognitivo, comune fra le persone anziane fragili, rende la comunicazione più difficoltosa. L'*American Geriatric Society Panel on Chronic Pain in Older Persons* sostiene che anche le persone con danno cognitivo lieve/moderato possono essere valutate con semplici domande e strumenti di screening. Si dovrebbero inoltre cercare le informazioni dei caregivers (AGS, 1998).

Post-operatorio:

La valutazione e la gestione del dolore postoperatorio porta a ridurre l'incidenza del dolore cronico. Le risposte fisiologiche al dolore (per esempio ritmo cardiaco e respiratorio) e le risposte comportamentali dovrebbero essere valutate nel paziente in fase postoperatoria (AHCPR, 1992).

Fare riferimento all'Appendice B per gli strumenti esemplificativi per neonati e bambini; agli Appendici C e D per le domande suggerite in relazione ad baseline della valutazione del dolore; e all'Appendice E per strumenti esemplificativi per la valutazione del dolore negli adulti.

Valutazione Completa Del Dolore

Raccomandazione • 6

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

(Grado di Raccomandazione = C)

- Esame fisico, test di laboratorio e diagnostici rilevanti;
- Effetto e comprensione della malattia attuale;
- Significato del dolore e del disagio causati dal dolore;
- Risposte che fanno fronte allo stress e al dolore;
- Effetti sulle attività di vita quotidiana (particolarmente nelle persone anziane fragili e con perdita della capacità cognitiva);
- Effetti psicosociali e spirituali;
- Variabili psicologiche e sociali (ansia, depressione);
- Fattori contestuali- cultura, linguaggio, fattori etnici, effetti economici del dolore e del trattamento;
- Preferenze personali e aspettative/credenze/miti circa i metodi di gestione del dolore;
- Preferenze personali e risposta alle informazioni ricevute relative al loro stato e al dolore.

Discussione delle Evidenze

Una valutazione completa del dolore, eseguita dai membri di un team interdisciplinare è necessaria per le persone con dolore cronico e persistente. Questa valutazione ha bisogno di essere completata in collaborazione con colleghi interdisciplinari e comprende il completamento di un esame fisico, la presa visione di un rilevante test di laboratorio e di altri test diagnostici, la storia clinica e della terapia farmacologica, compresi i farmaci in soprannumero, le terapie alternative e complementari (AHCPR, 1994; SIGN, 2000).

La valutazione iniziale del dolore dovrebbe includere: una storia dettagliata (compresa la valutazione dell'intensità e del carattere del dolore), un esame fisico (dando risalto all'esame neurologico), una valutazione psicosociale e un lavoro diagnostico adatto a determinare la causa del dolore (AHCPR, 1994; SIGN, 2000). Devono essere determinati i desideri e gli obiettivi della persona e il team trattante dovrebbe concentrarsi su questi (SIGN, 2000). La valutazione del dolore include i fattori che correlano con la tolleranza del dolore (SIGN, 2000).

Una volta che è stata completata una valutazione baseline, dovrebbero essere valutati gli effetti del dolore sulla persona nelle seguenti aree: effetto e comprensione della malattia attuale, significato del dolore, risposte allo stress e al dolore tipiche dell'individuo, effetto economico del dolore e relativo trattamento, disagio causato dal dolore e preoccupazioni riguardanti l'uso di oppioidi, ansiolitici e altri farmaci (consenso del panel RNAO). Considerazione massima deve essere data alle variabili socioculturali (origine etnica, religione) ed ai fattori che possono influenzare il comportamento e la percezione del dolore (McCaffery & Pasero, 1998; SIGN, 2000).

E' importante saper riconoscere le differenze fra dolore nocicettivo e dolore neuropatico, che differiscono per eziologia, sintomi, risposta all'analgesia e strategie di gestione (AHCPR, 1994).

“Attualmente rileviamo una grande differenza anche con gli altri. Abbiamo incontrato e discusso ciò [dolore]. Lo Abbiamo valutato di più e lo abbiamo trattato di più...non lo abbiamo mai messo da parte come succedeva prima.” (Pilot Implementation Site)

Rivalutazione e Valutazione Continua del dolore

Raccomandazione • 7

Il dolore è rivalutato in maniera regolare in base al tipo e all'intensità oltre che al piano di trattamento.

(Grado di Raccomandazione = C)

- Il dolore è rivalutato ogni volta che viene riferito un nuovo episodio di dolore, in caso di nuova procedura, quando aumenta l'intensità e quando il dolore non è alleviato dalle strategie precedentemente efficaci.
- Il dolore è rivalutato dopo che l'intervento ha raggiunto l'effetto picco (15-30 minuti dopo la terapia farmacologica parenterale, 1 ora dopo il rilascio immediato dell'analgésico, 4 ore dopo il rilascio della sostanza analgesica in zona transdermica, 30 minuti dopo l'intervento non farmacologico).
- Il dolore postoperatorio acuto dovrebbe essere valutato regolarmente come determinato dall'intervento e dalla severità del dolore, in occasione di ogni nuovo episodio di dolore riferito o in caso di dolore inatteso, dopo ogni analgesico, secondo l'ora dell'effetto picco.

Raccomandazione • 8

I seguenti parametri sono compresi nella regolare ri-valutazione del dolore:

(Grado di Raccomandazione = C)

- Intensità, qualità e localizzazione attuali del dolore.
- Intensità del dolore più forte nelle passate 24 ore, a riposo e in movimento;
- Estensione dell'intensità del dolore raggiunta - risposta (riduzione sulla scala d'intensità del dolore);
- Limitazioni all'implementazione del piano di trattamento;
- Effetti del dolore sulle ADL, sul sonno e sull'umore;
- Effetti secondari dei farmaci per il trattamento del dolore (nausea, costipazione);
- Livello di sedazione;
- Strategie usate per alleviare il dolore, per esempio:
 - Dosi analgesiche prese regolarmente e per dolore intermittente
 - Interventi non farmacologici:
 - Modalità fisiche
 - Strategie cognitive e comportamentali
 - Strategie riabilitative

- Cambiamenti ambientali
- Riduzione dell'ansia.

Raccomandazione • 9

Dovrebbe essere immediatamente valutato il dolore intenso e inatteso, specialmente se improvviso o associato ad alterazione dei segni vitali quali ipotensione, tachicardia, o febbre.

(Grado di Raccomandazione = C)

Discussione delle Evidenze

Il dolore dovrebbe essere valutato e documentato in maniera regolare secondo il tipo e l'intensità, dopo avere iniziato il programma di trattamento, dopo ogni nuovo episodio riferito e ad ogni intervento farmacologico o non-farmacologico (p.e. da 15 a 30 minuti dopo terapia farmacologia parenterale e 1 ora dopo la somministrazione per via orale) (AHCPR, 1994; RCN, 1999). I clinici dovrebbero essere consapevoli delle comuni sindromi dolorose: questo pronto riconoscimento può accelerare la terapia e minimizzare la co-morbidità del dolore non riconosciuto (AHCPR, 1994).

Il dolore dovrebbe essere rivalutato ogni volta che ne viene segnalato un nuovo episodio, quando aumenta d'intensità e quando non è alleviato dalle strategie precedentemente efficaci (AHCPR, 1994). I cambiamenti delle modalità del dolore o lo sviluppo di un nuovo dolore non dovrebbero essere attribuiti alle cause preesistenti, ma dovrebbero invece innescare la valutazione diagnostica (AHCPR, 1994). Un dolore inatteso, in particolare se improvviso o associato all'alterazione di segni vitali quali ipotensione, tachicardia, o febbre (AHCPR, 1992; RCN, 1999), dovrebbe essere immediatamente valutato.

Per le persone di tutte le età, gli interventi per la gestione di procedure correlate al dolore e al disagio dovrebbero prendere in considerazione il tipo di procedura, il livello anticipato di dolore e i fattori individuali come l'età, le condizioni emozionali e fisiche (AHCPR, 1994).

Le persone con dolore cronico persistente, che non risponde al trattamento usuale, dovrebbero essere inviate allo specialista di quel particolare tipo di sindrome dolorosa per un accertamento completo ed ulteriore valutazione (Consenso del Panel RNAO). Può essere ritenuto necessario un consulto specialistico che comprenda il chirurgo, gli ortopedici e l'anestesista o altre specialità (ICSI, 2001).

Documentazione della Valutazione del Dolore

Raccomandazione • 10

Documentare in una forma standardizzata che metta in risalto la esperienza di dolore della persona, specifica per la popolazione e l'ambito di cura. Gli strumenti della documentazione includeranno:

(Grado di Raccomandazione = C)

- Valutazione iniziale, valutazione completa e rivalutazione.
- Strumenti di monitoraggio per rilevare l'efficacia degli interventi (scala 0-10).

Raccomandazione • 11

Documentare la regolare e routinaria valutazione del dolore su format standardizzati che siano accessibili a tutti i clinici coinvolti nella cura. *(Grado di Raccomandazione = C)*

Raccomandazione • 12

Insegnare alle persone e alle loro famiglie a documentare la valutazione del dolore sugli strumenti adatti quando viene fornita la cura. Ciò faciliterà il loro contributo al programma di trattamento e

promuoverà la continuità di una gestione efficace del dolore attraverso tutti i setting. (*Grado di Raccomandazione = C*)

Discussione delle Evidenze

È richiesta la documentazione della valutazione/rivalutazione del dolore, effettuata con regolarità usando uno strumento standardizzato. Questa può essere effettuata dall'infermiere o può essere insegnata alla persona e ai familiari/curatori per auto-riferire/riferire e documentare quanto rilevato. Valutare la comprensione del paziente e della famiglia e l'uso corretto dello strumento selezionato, dopo aver insegnato come utilizzarlo (RCN, 1999).

Dovrebbe essere selezionato uno strumento di valutazione/monitoraggio breve, completo, facile da usare, validato, che documenti in modo attendibile l'intensità ed il sollievo del dolore, e che li correli alle altre dimensioni del dolore, come ad esempio l'umore. Lo stesso strumento di monitoraggio per il dolore dovrebbe essere utilizzato in modo routinario e regolare, e può essere necessario adattarlo al setting di cura specifico in cui viene utilizzato (AHCPR, 1994; McCaffery & Pasero, 1998). Lo strumento di monitoraggio dovrebbe essere accessibile a tutti i membri del team (deRond, deWit, vanDam & muller, 2000).

Gli strumenti di valutazione dovrebbero essere appropriati all'abilità cognitiva del paziente e all'età del bambino (McCaffery & Pasero, 1998; RCN, 1999). E' necessario adattare gli strumenti ad ogni individuo con ritardo dello sviluppo, disturbi d'apprendimento, disturbi emozionali e limitazioni linguistiche (ICSI, 2001; RCN, 1999; FIRMI, 2000).

Fare riferimento all'appendice B ed E per i vari strumenti di valutazione e di documentazione.

Comunicazione dei Risultati sulla Valutazione del Dolore

Raccomandazione • 13

Convalidare con la persona/curatori che i risultati della valutazione del dolore (effettuata dalla persona e/o dai curatori) riflettano l'esperienza del dolore dell'individuo.

(*Grado di Raccomandazione = C*)

Raccomandazione • 14

Comunicare ai membri del team interdisciplinare i risultati della valutazione del dolore descrivendo i parametri del dolore ottenuti tramite l'utilizzo di uno strumento di valutazione strutturato, il sollievo o la mancanza di sollievo ottenuti dai metodi di trattamento, gli obiettivi della persona rispetto al trattamento del dolore e gli effetti del dolore sulla stessa.

(*Grado di Raccomandazione = C*)

Raccomandazione • 15

Difendere l'interesse della persona rispetto ai cambiamenti del programma di trattamento se il dolore non si sta alleviando. L'infermiere solleciterà una discussione con il team sanitario interdisciplinare per quanto riguarda la necessità accertata di apportare un cambiamento nel programma di trattamento. L'infermiere sostiene le sue raccomandazioni con l'evidenza appropriata, fornendo un chiaro rationale della necessità di cambiamento, includendo:

(*Grado di Raccomandazione = C*)

- intensità del dolore usando una scala validata;
- cambiamento dei livelli di gravità del dolore nelle ultime 24 ore;
- cambiamento della gravità e della qualità del dolore dopo la somministrazione dell'analgésico e la durata temporale degli effetti dell'analgésico;
- quantità di farmaco regolare e per dolore episodico intenso assunto nelle ultime 24 ore;
- obiettivi della persona rispetto al sollievo del dolore;

- effetto del dolore invariato sulle persone;
- assenza/presenza di effetti secondari o di tossicità;
- suggerimenti per cambiamenti specifici del programma di trattamento supportati dall'evidenza.

Raccomandazione • 16

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 • 17

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 • 18

Per le persone con dolore cronico, che non si allevia dopo i seguenti principi standard di gestione del dolore, richiedere una consulenza a: *(Grado di Raccomandazione = C)*

- 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.

Discussione delle Evidenze

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 (consenso del panel RNAO). 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).

Appendici-Valutazione Dolore:

Appendice B – Strumenti di valutazione del dolore per neonati, bambini ed adolescenti

Appendice C – Campione di domande per una baseline della valutazione del dolore

Appendice D - Domande supplementari per la valutazione del dolore

Appendice E – Strumenti di valutazione di dolore per gli adulti

“Essi [staff] trovano di essere stati incoraggiati a sostenere i pazienti rispetto al modo con cui era stato gestito il dolore. Essi hanno acquistato questa parte di comprensione dagli infermieri poiché la loro presentazione portava loro il supporto necessario per questo sostegno.” (Luogo dell’implementazione pilota)

PARTE B – GESTIONE DEL DOLORE

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.

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.

Gli infermieri ricoprono un numero di funzioni importanti nella gestione farmacologia del dolore in collaborazione con i colleghi 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.

Questa sezione della linea guida è intesa come guida per gli infermieri che mettono in atto queste funzioni, considerate applicabili a differenti tipi di dolore. Queste informazioni costituiscono una guida generale di buona pratica e non sostituiscono le conoscenze farmacologiche specifiche, necessarie nel trattamento di specifici tipi di dolore. Gli infermieri dovrebbero far riferimento alle linee guida di miglior pratica per le raccomandazioni sostanziali relative a specifici tipi di dolore come la linea guida per il dolore acuto e quella per il dolore causato da cancro.

Stabilizzazione del programma per la gestione del dolore

Raccomandazione • 19

Stabilire un piano per la gestione del dolore in collaborazione con i membri del team interdisciplinare che sia coerente con gli obiettivi dell’individuo e della famiglia riguardanti il sollievo del dolore, e che prenda in considerazione i seguenti fattori:

(Grado di Raccomandazione = C)

- risultati della valutazione;
- baseline delle caratteristiche del dolore

- fattori fisici, psicologici e socioculturali caratteristici dell'esperienza del dolore;
- eziologia;
- strategie farmacologiche e non farmacologiche più efficaci;
- interventi di gestione;
- programmi di trattamento primario attuali e futuri.

Raccomandazione • 20

Fornire alle persone ed alle famiglie/curatori una copia scritta del piano di trattamento per favorire le loro capacità decisionale e la partecipazione attiva alla gestione del dolore. Il piano dovrà essere adattato in accordo con i risultati della valutazione e della rivalutazione. I cambiamenti al piano di trattamento saranno documentati e comunicati per coinvolgere tutti nell'implementazione del programma. (*Grado di Raccomandazione = A*)

Discussione delle Evidenze

L'Agency for Health Care Policy and Research (1994) raccomanda che le persone con dolore e le loro famiglie, specialmente genitori nel caso di bambini, dovrebbero essere incluse nel processo decisionale per la selezione dei metodi farmacologici e non-farmacologici per il trattamento del dolore. Raccomanda, inoltre, che alle persone sia fornito un piano di cura scritto.

Se possibile, stabilire un singolo medico responsabile del programma di gestione farmacologica del dolore. Le persone con patologie croniche vedono spesso più di un medico e sono spesso poco chiare sul chi sono i referenti del programma di gestione del dolore. Gli infermieri e gli altri professionisti sanitari possono indirizzare la loro valutazione ed informazione ad un singolo collega medico.

Alle persone ed ai membri della famiglia devono essere date le informazioni e la formazione sui principi di gestione del dolore per sostenere lo sviluppo degli obiettivi dei pazienti, la valutazione del rischio/beneficio degli interventi e l'adesione dei pazienti al programma. I desideri e gli obiettivi della persona, nel contesto di che cosa il team può realisticamente offrire, guidano lo sviluppo del programma di cura. È necessario, per la comunicazione e la valutazione del programma, posizionare la documentazione del piano di cura in un posto accessibile a tutti i membri del team.

I. GESTIONE FARMACOLOGICA DEL DOLORE

Selezione degli analgesici appropriati

Raccomandazione • 21

Accertarsi che la selezione degli analgesici sia individualizzata, considerando:

(*Grado di Raccomandazione = A*)

- il tipo di dolore (acuto o cronico, nocicettivo e/o neuropatico);
- l'intensità del dolore;
- il potenziale di tossicità analgesica (età, danno renale, ulcera peptica, trombocitopenia);
- le condizioni generali della persona;
- le condizioni mediche concomitanti;
- la risposta alla terapia farmacologia in atto o passata;
- i costi per la persona e la famiglia;
- il setting di cura.

Raccomandazione • 22

Farsi fautori dell'uso dei programmi più semplici di dosaggio analgesico e delle modalità di gestione del dolore meno invasive: (*Grado di Raccomandazione = C*)

- La via orale è la preferita per il dolore cronico e per il dolore acuto in fase di remissione.
- Adeguare la via di somministrazione alla situazione di dolore individuale e al setting di cura.
- La gestione endovenosa è la via parenterale alternativa dopo chirurgia maggiore, normalmente tramite bolo e infusione continua.
- La via intramuscolare non è raccomandata per adulti o neonati/bambini perché è dolorosa e non certa. (*Grado di Raccomandazione = B*)

Raccomandazione • 23

Usare un approccio graduale nel fare raccomandazioni per la selezione degli analgesici appropriati da abbinare all'intensità del dolore: (*Grado di Raccomandazione = B*)

- L'uso della WHO Analgesic Ladder (Scala Analgesica dell'OMS) è raccomandata per il trattamento del dolore cronico da cancro.
- La gestione farmacologia del dolore post operatorio lieve o moderato comincia con acetaminofene o NSAIDS. Tuttavia, il dolore da moderato a severo dovrebbe essere trattato inizialmente con un analgesico oppioide.

Raccomandazione • 24

Patrocinare la consultazione con un esperto di gestione del dolore per situazioni complesse che includono, ma non in senso limitativo: (*Grado di Raccomandazione = C*)

- dolore che non risponde al trattamento standard;
- causa multipla di dolore;
- storia di dolore misto, neuropatico e nocicettivo;
- storia di abuso di sostanze.

Raccomandazione • 25

Riconoscere che acetaminofene o non-steroidi e i farmaci antinfiammatori (NSAIDs) sono usati per il trattamento del dolore lieve e per tipi specifici di dolore come analgesici ausiliari a meno che non siano controindicati. (*Grado di Raccomandazione = A*)

Raccomandazione • 26

Riconoscere che i farmaci adiuvanti sono importanti aggiunte nel trattamento di specifici tipi di dolore. (*Grado di Raccomandazione = B*)

- I farmaci adiuvanti quali gli anticonvulsivanti e gli antidepressivi forniscono analgesia indipendente per i tipi specifici di dolore.
- E' necessaria una cautela supplementare nella somministrazione degli anticonvulsivi e antidepressivi negli anziani che possono avvertire significativi effetti secondari anticolinergici e sedativi.

Raccomandazione • 27

Riconoscere che gli oppioidi sono usati per il trattamento del dolore da moderato a severo, a meno che non sia controindicato, prendendo in considerazione: (*Grado di Raccomandazione = A*)

- precedente dosaggio di analgesico;
- storia precedente di oppioidi;
- frequenza di somministrazione;
- via di somministrazione;
- incidenza e severità degli effetti secondari;

- effetti avversi potenziali correlati all'età;
- funzionalità renale.

Raccomandazione • 28

Considerare i seguenti principi farmacologici nell'uso degli oppioidi per il trattamento del dolore severo: (*Grado di Raccomandazione = B*)

- Agonisti-antagonisti misti (per esempio pentazocine) non devono essere somministrati con gli oppioidi perché la combinazione può indurre una sindrome d'astinenza e aumentare il dolore;
- Gli anziani generalmente sperimentano il picco più alto e la durata più lunga di azione degli analgesici rispetto agli individui più giovani, così il dosaggio dovrebbe iniziare a dosi più basse ed aumentare più lentamente (“titolazione attenta”).
- Precauzioni speciali sono necessarie nell'uso di oppioidi con neonati e lattanti sotto i sei mesi. Le dosi dei farmaci, compresi gli anestetici locali, devono essere calcolate basandosi sul peso del neonato o su quello che dovrebbe avere. Dosi iniziali non possono eccedere il quantitativo massimo raccomandato.

Raccomandazione • 29

Riconoscere che la meperidina è controindicata per il trattamento del dolore cronico:

(*Grado di Raccomandazione = A*)

- La meperidina non è raccomandata per il trattamento del dolore cronico a causa dell'accumulazione del metabolita tossico normeperidene, che può causare un colpo apoplettico e disforia
- La meperidina può essere usata nelle situazioni di dolore acuto per tempi molto brevi in individui sani, che non hanno dimostrato una reazione insolita (cioè istamina locale rilasciata nel luogo di infusione) o una risposta allergica ad altri oppioidi quale morfina o idromorfina;
- La meperidina è controindicata in pazienti con funzionalità renale alterata.

Discussione delle Evidenze

Raccomandazioni sostanziali per la selezione e l'uso del farmaco analgesico sono descritte basandosi sulle raccomandazioni del AHCPR *Acute and Cancer Pain GuideLines* (1992, 1994) e sono coerenti con il livello di evidenza descritto in queste monografie. Sono state inoltre revisionate ulteriori fonti di evidenza che supportano le raccomandazioni descritte più sotto.

Come Jovey (2002) ha notato, la maggior parte del dolore può essere efficacemente controllata se viene selezionato l'analgesico adatto, la dose giusta, la giusta via di somministrazione e se è personalizzata. AHCPR (1994), sulla base di trials clinici randomizzati, raccomanda che i farmaci siano personalizzati per ogni paziente. Inoltre, studi osservazionali hanno documentato che l'uso di un approccio graduale alla selezione dell'analgesico è efficace per migliorare il sollievo del dolore. L'evidenza ottenuta con gli audit indica che l'80 per cento dei pazienti hanno notato sollievo del dolore quando il trattamento seguiva la linea guida per la somministrazione degli analgesici del WHO (McQuay e Moore, 1998). Nell'Appendice F è fornita una descrizione della Scala Analgesica dell'OMS (*WHO Analgesic Ladder*).

Uno passo importante nella gestione del dolore è iniziare con analgesici semplici e con farmaci che siano efficaci nel trattamento del dolore lieve o come aggiunta per importanti tipi specifici di procedure chirurgiche. Una meta-analisi ha dimostrato che i NSAIDS da soli hanno prodotto analgesia efficace quanto dosi singole o multiple di oppioidi deboli da soli o in associazione con analgesici non oppioidi (Eisenberg, Berkey, Carr, Mosteller, & Chalmers, 1994). AHCPR (1994) ha trovato delle evidenze, tratte da almeno un trial controllato e randomizzato, per l'utilizzo di NSAID, per i loro effetti di risparmio di oppioidi nel trattamento del dolore da lieve a moderato.

Tuttavia, quando si usano acetaminofene e NSAID, dovrebbero essere prese in considerazione le seguenti controindicazioni:

- La dose totale nelle 24 ore di acetaminofene non dovrebbe eccedere i 4 grammi nella popolazione adulta, per un uso a breve termine, a causa della potenziale tossicità epatica. Dosi più basse nelle 24 ore sono raccomandate per le persone che presentano fattori di rischio per tossicità epatica (2,6 g/giorno) e con uso cronico (3,2 g/giorno) (Jovey, 2002, P. 52).
- I farmaci antinfiammatori non steroidei dovrebbero essere usati con attenzione nelle persone con anamnesi di ulcera peptica, sindromi emorragiche, funzionalità renale anomala e/o diminuita ed uso concomitante di steroidi e di anticoagulanti.
- NSAIDS ha un tetto massimo (dose massima) che non dovrebbe essere superato (Canadian Pharmacists Association, 2002).
- Precauzioni supplementari sono richieste nell'uso a lungo termine di NSAIDS negli anziani.
- L'acetaminofene è il non-oppioide di scelta nei bambini (dose massima 75mg/kg/giorno).

Una revisione sistematica ha dimostrato che gli oppioidi sono il fondamento del trattamento per il dolore moderato e severo, il loro uso è ben accettato nel trattamento del dolore postoperatorio e nella gestione di quello cronico da cancro (McQuay & Moore, 1998). McQuay e Moore (1998) hanno rilevato che c'è poca evidenza stringente che un oppioide sia migliore di un altro, ma c'è evidenza che la meperidina presenta uno svantaggio specifico poiché, se dato in dosi multiple, la tossicità del metabolita normeperidene, un irritante del sistema nervoso centrale, si accumula con conseguenti attacchi apoplettici. I Metaboliti attivi della morfina 6-gluconuride sono inoltre stati rilevati, per morfina e residui correlati, in pazienti con disfunzione renale, il che può produrre possibili effetti secondari quali nausea, vomito e mioclonie, così che può essere necessario una riduzione delle dosi o un cambiamento degli oppioidi (Glare, Walsh & Pippenger, 1990; Hagen et al., 1991; Portenoy & Kanner, 1996). Il principio chiave per la gestione del dolore è di titolare la dose analgesica per realizzare il sollievo del dolore desiderato e minimizzare gli effetti secondari indesiderati.

I seguenti fattori dovrebbero essere presi in considerazione nella selezione degli oppioidi: precedenti esperienze con oppioidi; modalità del dolore; presenza di disfunzioni renali, gastrointestinali o cognitive; stile di vita; ed attuale uso del farmaco (Jovey, 2002). Gli infermieri dovrebbero consultare la linea guida di pratica clinica specifica per il tipo di dolore prima di selezionare l'analgesico appropriato.

Il metodo più efficace per trattare differenti tipi di dolore cronico non maligno resta controverso. Tuttavia, un sempre maggior numero di trial controllati e randomizzati ha documentato l'efficacia degli oppioidi orali programmati, titolati con attenzione nel dolore cronico non da cancro, quando usati in combinazione con terapie comportamentali e cognitivo/comportamentali, in pazienti opportunamente selezionati e monitorati. (College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2000). Il Canadian Pain Society (1998) sostiene l'uso di oppioidi per la gestione del dolore cronico non da cancro in pazienti attentamente selezionati. Nel 1993 il College of Physicians and Surgeons of Alberta è diventato la prima istituzione professionale dell'America del Nord autorizzata a pubblicare delle linee guida per l'uso di oppioidi nel dolore cronico non-maligno. La Canadian Medical Association, a sua volta, ha adottato questa linea guida.

Similmente *l'American Geriatric Society Panel on Chronic Pain in Older Persons* (1998) sostiene gli oppioidi nella gestione del dolore da cancro, del dolore acuto e postoperatorio ed ha esteso il campo per includere il dolore cronico non-maligno nella cura delle persone anziane.

Sebbene sia più probabile che le persone anziane sperimentino le reazioni avverse, gli oppioidi, per questa popolazione, hanno un uso sicuro ed efficace. L'adagio "iniziare adagio ed andare lento è probabilmente appropriato alla maggior parte dei farmaci conosciuti per avere alti profili di effetti secondari nell'adulto anziano" (AGS, 1998, p. 639). In realtà, per la maggior parte dei pazienti, il dosaggio richiede una titolazione attenta che comprenda frequenti valutazioni ed aggiustamenti del dosaggio per ottimizzare la percezione del dolore e per monitorare e gestire gli effetti secondari.

I neonati, in particolare i prematuri, se trattati con l'uso sistemico di oppioidi, sono suscettibili di apnea e depressione respiratoria. Sono necessari la riduzione della dose ed il monitoraggio intenso nel caso di lattanti fino a sei mesi di età e per tutti i bambini. La dose iniziale di oppioidi, calcolata in mg/kg, dovrebbe essere da 1/4 ad 1/3 della dose raccomandata per il bambino più grande (AHCPR, 1992).

La neuropatia diabetica è il modello usato come guida all'uso di farmaci adiuvanti quali gli anticonvulsivi e antidepressivi nel trattamento del dolore neuropatico cronico poiché la maggior parte dei trial randomizzati sono stati condotti in questa popolazione. I farmaci adiuvanti sono usati per aumentare l'efficacia analgesica degli oppioidi, per trattare sintomi simultanei che esacerbano il dolore e per fornire analgesia indipendente per specifici tipi di dolore (AHCPR, 1994). Gli antidepressivi come i triciclici sono utili per il dolore neuropatico e, normalmente, l'effetto analgesico si presenta alle dosi più basse. Gli anticonvulsivi possono essere utili in pazienti con dolore neuropatico lancinante (McQuay & Moore, 1997). Gli analgesici adiuvanti dovrebbero essere prescritti dai medici esperti nella loro titolazione per realizzare un efficace sollievo del dolore cronico, con sottostante eziologia neuropatica.

Ottimizzazione del Sollievo del Dolore con gli Oppioidi

Raccomandazione • 30

Accertarsi che il tempo dell'analgescico sia appropriato alle caratteristiche personali dell'individuo e alla farmacologia (es. durata dell'azione, dell'effetto picco e dell'emi-vita) ed alla via di somministrazione del farmaco. (*Grado di Raccomandazione = B*)

Raccomandazione • 31

Riconoscere che gli oppioidi dovrebbero essere somministrati secondo una programmazione regolare dell'orario, stabilita in base alla durata d'azione e all'aspettativa relativa alla durata del dolore severo. (*Grado di Raccomandazione = A*)

- Se il dolore severo è previsto nelle 48 ore postoperatorie, per quel periodo di tempo può essere necessaria la somministrazione di routine. Nel tardo decorso postoperatorio, l'analgescico può essere efficace se dato "al bisogno".
- Nel dolore cronico da cancro, gli oppioidi sono somministrati ad orario, secondo la loro durata di azione.
- Gli oppioidi a lunga azione sono più adatti quando le richieste della dose sono stabili.

Raccomandazione • 32

Usare i principi della titolazione della dose specifica per il tipo di dolore al fine di raggiungere una dose analgesica che allevi il dolore con il minimo di effetti secondari, in accordo con: (*Grado di Raccomandazione = B*)

- causa del dolore;
- risposta individuale alla terapia;
- condizioni cliniche;
- uso di farmaci concomitanti;
- effetto iniziale ed effetto massimo;
- durata dell'effetto analgesico;
- età;
- conoscere la farmacocinetica e la farmacodinamica dei farmaci somministrati. Le dosi normalmente sono aumentate ogni 24 ore per le persone con dolore cronico o con immediato

rilascio del preparato ed ogni 48 ore per le persone con oppioidi a rilascio controllato. Fa eccezione il fentanile transdermico, che può essere valutato ogni 3 giorni.

"stiamo osservando un cambiamento nel come le persone stanno parlando del dolore... e nelle loro aspettative attorno alla gestione del dolore"

(Pilot Implementation Site)

Raccomandazione • 33

Trattare subito il dolore che si presenta tra le dosi regolari di analgesico (dolore episodico intenso) usando i seguenti principi: (*Grado di Raccomandazione = C*)

- Il dosaggio analgesico per dolore incidente nella situazione postoperatoria dipende dalla dose di routine dell'analgesico, dal ritmo respiratorio dell'individuo, dal tipo di intervento chirurgico e solitamente è somministrata tramite bolo con pompa PCA;
- Il dosaggio analgesico per dolore incidente dovrebbe essere somministrato "al bisogno" secondo l'effetto picco del farmaco (po/pr = q1hr; SC/IM = q30min; IV = q 10-15 min);
- Per il dolore incidente è più efficace l'uso dello stesso oppioide che viene assunto in dosi fisse a orario fisso;
- Individui con dolore cronico dovrebbero avere:
 - Un oppioide a rilascio immediato disponibile per il dolore (dolore incidente) che insorge nel periodo di tempo compreso fra le regolari somministrazioni del farmaco ad orario fisso;
 - Le dosi di analgesico per il dolore incidente, nei casi di dolore continuo da cancro, dovrebbero essere calcolate al 10-15 per cento della dose totale/24 ore di analgesico di routine ad orario fisso.
 - Le dosi di analgesico per dolore incidente dovrebbero essere aggiustate quando viene aumentata la quantità del farmaco ad orario fisso.
 - Modifiche delle dosi ad orario fisso sono necessarie se vengono richieste più di 2-3 dosi di analgesico per dolore incidente in un periodo di 24 ore ed il dolore rimane non controllato.

Raccomandazione • 34

Usare una tabella di analgesici equivalenti per assicurare l'equivalenza quando vengono sostituiti. Riconoscere che il metodo più sicuro quando ci si sposta da un analgesico all'altro è di ridurre la dose del nuovo analgesico di una metà nella situazione stabile del dolore.

(*Grado di Raccomandazione = C*)

Raccomandazione • 35

Accertarsi che vengano prescritte vie alternative di somministrazione quando i farmaci non possono essere presi oralmente, tenendo in considerazione le preferenze individuali e le modalità più efficaci e meno invasive. (*Grado di Raccomandazione = C*)

- Le indicazioni per la via transdermica del farmaco includono l'allergia alla morfina, nausea e vomito refrattari e difficoltà di deglutizione.
- Considerare l'uso dell'infusione sottocutanea continua di oppioidi negli individui con cancro che hanno sofferto di nausea e vomito refrattari, incapacità a deglutire, o per i quali è richiesta questa via per evitare continue difformità nel controllo del dolore.
- Prendere in considerazione il costo dei farmaci e la tecnologia necessaria per l'erogazione (per esempio la pompa per il dolore) quando si selezionano determinate modalità alternative di somministrazione.

- Considerare l'uso di un sistema di iniezione a farfalla per somministrare l'analgésico subcutaneo intermittente.
- L'accesso epidurale deve essere gestito dai clinici che abbiano appropriate risorse e competenza.

Raccomandazione • 36

Riconoscere la differenza fra assuefazione, tolleranza e dipendenza per evitare che diventino una barriera all'ottimale sollievo del dolore. (*Grado di Raccomandazione = A*)

Discussione delle Evidenze

Per ottimizzare il sollievo del dolore usando gli oppioidi, l'infermiere deve avere una buona comprensione della farmacocinetica e farmacodinamica al fine di accertarsi che il dolore sia efficacemente alleviato con minimi effetti secondari. Il dosaggio degli oppioidi, il loro uso per il dolore incidente, e la loro titolazione sono importanti funzioni dell'infermiere nel sollievo del dolore, implementate in collaborazione con i colleghi medici.

Il dolore conseguente ad atto chirurgico o a malattia cronica dovrebbe essere anticipato e gli analgesici dovrebbero essere somministrati usando un programma che preservi la persona dall'aver esperienze dolorose. La somministrazione di oppioidi che solleva le persone con dolore o le famiglie/curatori dal richiedere analgesici "al bisogno", produce ritardi nella somministrazione, con conseguenti periodi di controllo inadeguato del dolore (AHCPR, 1994). Periodi di inadeguato controllo del dolore portano le persone con dolore cronico in un circolo vizioso in cui queste fanno esperienza di un abbassamento della qualità di vita e di un declino dello status funzionale (Ferrell, Whedon & Rollins, 1995).

Un trattamento inadeguato del dolore acuto può ritardare il recupero dei pazienti dopo intervento chirurgico o trauma e può accelerare una generalizzata risposta simpatica che coinvolge il sistema polmonare e cardiovascolare (Watt-Watson et al., 1999).

La Canadian Pain Society (1998) nota che il principio-chiave nel trattamento di tutti i generi di dolore con oppioidi sta nel dosare per avere effetto o porre il punto su persistenti e inaccettabili effetti secondari. Per raggiungere la dose ottimale per la gestione del dolore, è usata la titolazione. La titolazione permette un controllo continuo, costante dell'aumento della dose di oppioidi nella popolazione con dolore cronico. Questo metodo permette alla persona di aggiustare lentamente la dose per minimizzare gli effetti secondari. La dose, così come è aumentata lentamente, altrettanto lentamente deve essere diminuita se altre modalità di trattamento hanno avuto successo nell'alterare la sottostante eziologia del dolore, (es. radiazione per metastasi ossea, terapia comportamentale nel dolore cronico alla schiena).

Dolore incidente, o dolore continuo punteggiato da episodi intermittenti di dolore acuto e severo, possono verificarsi nel dolore acuto, cronico-maligno e cronico non-maligno (Portnoy & Kanner, 1996). Questo fenomeno è segnalato da quasi due terzi di coloro che hanno dolore correlato a cancro. Le dosi "di salvataggio", a corto raggio d'azione, per gestire il dolore incidente permettono un'attenta titolazione degli oppioidi per una gestione personalizzata del dolore basata sulla risposta del paziente. Questo concetto è essenziale per maneggiare il comune fenomeno di dolore che si verifica nel momento in cui il livello di baseline dell'oppioide continuo è diventato stabile, quando tale il livello è stabile, ma il dolore si presenta con l'aumento dell'attività o quando il livello di baseline non è più sufficiente per controllare il dolore.

L'uso dei farmaci per il dolore incidente permette un rapido sollievo degli episodi di dolore acuto e permette al paziente un maggior controllo del dolore.

Fornire vie alternative di somministrazione del farmaco ai pazienti incapaci di tollerare la via orale apporta ulteriori possibilità di realizzare il sollievo ottimale del dolore. L'appendice G offre un protocollo semplice per l'iniezione sottocutanea.

Studi di meta-analisi e osservazionali hanno rilevato l'incidenza estremamente bassa di assuefazione nei pazienti post operati e la rarità di questo risultato nel trattamento del dolore (Choiniere et al., 1989; Porter e Jick, 1980). È necessario che gli infermieri capiscano la differenza tra assuefazione, tolleranza e dipendenza fisica per prevenire giudizi infondati dall'impatto con la best practice del dolore, per se stessi e per i loro colleghi interdisciplinari, e per assicurare che essi possono istruire appropriatamente gli individui e le famiglie su questo argomento. Le definizioni di questi termini sono incluse nel glossario in Appendice A.

Monitorare sicurezza ed efficacia

Raccomandazione • 37

Monitorare le persone in trattamento con oppioidi, a rischio di depressione respiratoria, riconoscendo che gli oppioidi usati in persone non addolorate, oppure quelli usati in dosi più alte del necessario per controllare il dolore, possono rallentare o arrestare la respirazione.

(Grado di Raccomandazione = A)

- La depressione respiratoria si sviluppa meno frequentemente in individui che hanno la loro dose di oppioidi correttamente titolata. Coloro che hanno assunto oppioidi per un certo periodo di tempo per controllare il dolore cronico o da cancro è improbabile che sviluppino questo sintomo.
- Il rischio di depressione respiratoria aumenta con la somministrazione di oppioidi endovenosi o epidurali, con una rapida escalation della dose, o con danno renale

Raccomandazione • 38

Monitorare le persone che assumono farmaci analgesici per la tossicità e gli effetti secondari. Suggestire di cambiare gli oppioidi se il sollievo del dolore è inadeguato dopo una titolazione adeguata della dose e se la persona ha effetti secondari refrattari al trattamento profilattico quali mioclonie o confusione. Particolare attenzione deve essere usata quando si somministrano analgesici a bambini e ad anziani. *(Grado di Raccomandazione = C)*

Raccomandazione • 39

Valutare l'efficacia del sollievo del dolore con analgesici a intervalli regolari e dopo un cambio di dosaggio, via o tempo di somministrazione. Sostenere i cambiamenti di analgesici quando si osserva un sollievo del dolore inadeguato.

(Grado di Raccomandazione = C)

Raccomandazione • 40

Cercare la consulenza di uno specialista del dolore per gli individui che richiedono l'aumento delle dosi di oppioidi che sono inefficaci nel controllare il dolore. La valutazione dovrebbe includere la valutazione per patologie residuali e altre cause di dolore, come il dolore neuropatico.

(Grado di Raccomandazione = C)

Discussione delle Evidenze

Le persone con dolore acuto, specialmente i bambini, possono essere particolarmente a rischio di depressione respiratoria dovuta alla dose di oppioidi prescritta, e devono essere monitorati in accordo con le politiche organizzative. La tolleranza verso gli effetti della depressione respiratoria da oppioidi si sviluppa velocemente quando gli individui stanno ricevendo la somministrazione routinaria di oppioidi, ma la depressione respiratoria può verificarsi se le dosi sono intensificate velocemente e in grande quantità. È necessaria una titolazione graduale usando i principi della descritti nella linea guida di pratica clinica specifica per il tipo di dolore da trattare. La

somministrazione endovenosa o epidurale di oppioidi o l'escalation rapida della dose dovrebbe essere gestita da professionisti esperti che possono anticipare e trattare adeguatamente questo effetto secondario (AHCPR, 1992; AHCPR, 1994).

Persone con dosi che limitano gli effetti secondari dei farmaci in cui il sollievo del dolore è inadeguato, possono richiedere di cambiare gli oppioidi. Gli studi dimostrano che tale cambiamento può essere previsto per migliorare i sintomi della tossicità in alcuni pazienti e contemporaneamente mantenere il controllo del dolore. Cherney et al. (1995) hanno valutato prospetticamente 100 pazienti trattati dai medici per la selezione di farmaci oppioidi e delle vie di somministrazione nell'ambito della gestione di pazienti inviati ad una struttura per il dolore da cancro. Ottanta dei 100 pazienti hanno subito un totale di 182 cambiamenti dei farmaci, delle vie di somministrazione o di entrambi prima della dimissione o della morte. Il 25 per cento dei motivi del cambiamento del farmaco era la diminuzione degli effetti secondari nel controllo del dolore e il 17 per cento per migliorare contemporaneamente il controllo del dolore e la tossicità dell'oppioide. 44 pazienti hanno richiesto uno o più cambi di oppioidi e venti hanno richiesto due o più cambiamenti. I cambiamenti terapeutici sono stati associati al miglioramento dell'intensità del dolore registrata dai medici, a una bassa prevalenza di danno cognitivo, allucinazioni, nausea e vomito e mioclonie fra i pazienti che sono stati dimessi dall'ospedale.

In Edmonton, Stoutz, Bruera e Suarez-Almazor (1995) hanno intrapreso un'analisi retrospettiva delle cartelle di 191 pazienti ricoverati all'ospedale. Di questi, 80 hanno avuto una rotazione (cambiamento) di oppioidi per danno cognitivo, allucinazioni, mioclonie, nausea-vomito, tossicità locale e dolore persistente. Questi sintomi principali sono migliorati in 58 su 80 pazienti.

I pazienti con cancro trattati aggiustando la dose secondo un procedimento algoritmico hanno ottenuto un vantaggio statisticamente significativo nei livelli usuali di dolore nel tempo, in confronto al gruppo di controllo rappresentativo delle pratiche standard di gestione del dolore nella comunità (Du Pen et al., 1999).

Si dovrebbe usare particolare cautela con i bambini e gli anziani nel caso che le interazioni di farmaci siano molto frequenti. Gli anziani hanno bisogno di un'attenta titolazione (es. dosi più piccole all'inizio e periodi maggiori fra le dosi) a causa di un accumulo farmaco-correlato dovuto ai cambiamenti correlati all'età, per esempio: un grado ridotto di filtrazione glomerulare (AHCPR, 1992, Doucet et al., 1996).

Nei bambini, evitare l'uso della via intramuscolare per quanto possibile. Le iniezioni sono dolorose e spaventose per i bambini (AHCPR, 1992). Le iniezioni intramuscolari non sono la via ideale per la somministrazione di oppioidi nei bambini perché hanno un assorbimento variabile, una limitazione della sede di iniezione ed infine perché i bambini odiano riceverle. La paura delle iniezioni ha come effetto la non collaborazione dei bambini a segnalare il dolore, il che può contribuire ad un minor trattamento (Eland & Banner, 1992; Wong, 1995).

Il motivo più comune per cambiare la via di somministrazione di un oppioide è l'incapacità del paziente a deglutire le preparazioni orali. Per le persone con dolore maligno tale evenienza si presenta spesso nello stadio terminale. La scelta della via necessita di prendere in considerazione il contesto in cui la persona riceve il farmaco ed il livello di confort individuale. La via rettale è diventata in qualche modo inaccettabile con l'avvento di farmaci ad uso transdermico e sottocutaneo. L'uso di un ago sottocutaneo a farfalla, disposto dall'infermiere durante la visita domiciliare, permette ai familiari/curatori di somministrare i farmaci, riducendo le visite infermieristiche e apportando al paziente e alla famiglia una maggiore indipendenza e possibilità di controllo. Questo sistema spesso permette alla persona di rimanere al proprio domicilio (Consenso del panel RNAO).

Gli oppioidi a lunga azione o a rilascio continuo (CR), in forma orale o transdermica, sono utili per le persone con dolore cronico non-maligno. Questo sposta l'attenzione della persona dal farmaco

alla funzione migliorata, semplificando la somministrazione del farmaco in una popolazione che sta per tornare al lavoro e alle attività domestiche (consenso del panel RNAO).

Oppioidi a lunga azione o a rilascio continuo (CR) insieme ad oppioidi a corta-azione per dolore incidente dovrebbero essere usati nel dolore acuto, per esempio nelle prime 24 ore dopo un intervento di chirurgia maggiore. Questa combinazione di dosaggi permette una continua concentrazione plasmatica di oppioidi oltre alle dosi per dolore incidente per la titolazione in questi individui, specialmente in coloro che hanno una degenza ospedaliera breve.

Quando il dolore è severo e non ben controllato, i preparati di CR non sono adatti (Curtis et al., 1999; Sunshine et al., 1996).

Anticipare e Prevenire i Comuni Effetti Secondari da Oppioidi

Raccomandazione • 41

Anticipare e monitorare gli individui che prendono oppioidi per i comuni effetti secondari quali nausea e vomito, costipazione e sonnolenza e istituire un trattamento profilattico appropriato.

(Grado di Raccomandazione = B)

Raccomandazione • 42

Avvertire i pazienti che gli effetti secondari da oppioidi possono essere controllati per assicurare l'aderenza al regime del farmaco. *(Grado di Raccomandazione = C)*

Raccomandazione • 43

Riconoscere e trattare tutte le potenziali cause degli effetti secondari tenendo in considerazione i farmaci che rafforzano gli effetti secondari degli oppioidi. *(Grado di Raccomandazione = A)*

- sedazione – sedativi, calmanti, antiemetici;
- ipotensione posturale – antipertensivi, triciclici;
- confusione – fenotiazine, triciclici, antistaminici e altri anticolinergici

"Per la nostra gente in particolare, perché la vediamo per lunghi periodi di tempo, tendiamo a pensare che questo sia giusto per la persona, che è il modo in cui essa reagisce a qualsiasi tipo di situazione e che può non essere necessariamente il dolore. Ora noi ci focalizziamo su queste stesse persone e sui loro cambiamenti." (Luogo dell'Implementazione Pilota)

Nausea & Vomito

Raccomandazione • 44

Valutare, in tutte le persone che prendono oppioidi, la presenza di nausea e/o vomito, facendo particolare attenzione al rapporto tra il sintomo e il tempo di somministrazione dell'analgesico. *(Grado di Raccomandazione = C)*

Raccomandazione • 45

Accertarsi che alle persone che prendono analgesici oppioidi vengano prescritti antiemetici da usare "al bisogno", con una somministrazione routinaria se persistono nausea e vomito. *(Grado di Raccomandazione = C)*

Raccomandazione • 46

Riconoscere che gli antiemetici hanno meccanismi di azione differenti e che la selezione dell'antiemetico giusto è basata sulla comprensione del sintomo e dell'eziologia.

(Grado di Raccomandazione = C)

Raccomandazione • 47

Valutare regolarmente l'effetto dell'antiemetico per determinare la presenza di nausea/vomito ed effettuare ulteriori valutazioni se il sintomo persiste nonostante il trattamento.

(Grado di Raccomandazione = C)

Raccomandazione • 48

Consultare il medico per quanto riguarda la sostituzione con un differente antiemetico se si riscontra che nausea/vomito sono correlati agli oppioidi e non migliorano con adeguate dosi di antiemetico.

(Grado di Raccomandazione = C)

Costipazione

Raccomandazione • 49

Istituire misure profilattiche per il trattamento della costipazione, a meno che non vi siano controindicazioni, e monitorare costantemente gli effetti secondari.

(Grado di Raccomandazione = C)

- I lassativi dovrebbero essere prescritti ed aumentati, se necessario, per raggiungere l'effetto desiderato come misura preventiva per chi riceve una somministrazione di oppioidi di routine

(Grado di Raccomandazione = B)

- I lassativi osmotici ammorbidiscono le feci stimolando la peristalsi e possono essere un'alternativa efficace per le persone per le quali è difficile aumentare la quantità delle pillole

(Grado di Raccomandazione = B)

- I lassativi stimolanti possono essere controindicati se vi sono fecalomi. Clisteri e supposte possono essere necessari per eliminare l'occlusione prima di riprendere gli stimolanti orali

(Grado di Raccomandazione = C)

Raccomandazione • 50

Consigliare le persone sugli aggiustamenti dietetici che aumentano le peristalsi intestinali tenendo presenti le circostanze personali (individui seriamente malati possono non tollerarli) e le preferenze.

(Grado di Raccomandazione = C)

Raccomandazione • 51

Richiedere una consulenza urgente al medico per le persone con costipazione refrattaria accompagnata da dolore addominale e/o vomito.

(Grado di Raccomandazione = C)

Sonnolenza-Sedazione

Raccomandazione • 52

Riconoscere che la sedazione transitoria è comune, informare la persona e la famiglia che presta assistenza che la sonnolenza è frequente all'inizio dell'utilizzo di analgesici oppioidi e nel caso di successivi incrementi di dosaggio. (*Grado di Raccomandazione = C*)

Raccomandazione • 53

Valutare la sonnolenza che perdura oltre 72 ore e determinarne la causa sottostante; informare il medico su eventuali confusioni o allucinazioni che accompagnano la sonnolenza. (*Grado di Raccomandazione = C*)

Discussione delle Evidenze

L'infermiere gioca un ruolo importante nella prevenzione degli effetti secondari comuni quale la nausea e il vomito, la costipazione e la sonnolenza correlati alla gestione di oppioidi, che possono avere un impatto significativo sulla qualità di vita della persona. Gli effetti secondari da analgesici oppioidi possono diventare un ostacolo e affliggere gli individui con dolore. L'infermiere può prevedere e trattare i comuni effetti secondari da oppioidi, specialmente nausea, vomito e costipazione, e apportare maggior benessere (AHCPR, 1994; Lipman, Jackson & Tyler, 2000). Prevenzione ed educazione svolte dall'infermiere contribuiranno ad accertare la validità dei farmaci a regime (SIGN, 2000).

La nausea e il vomito sono effetti secondari comuni e stressanti, che possono provocare l'abbandono del trattamento da parte dell'individuo. La tolleranza si sviluppa per la maggior parte delle persone entro 5 - 10 giorni dall'inizio del trattamento e gli antiemetici possono essere ridotti o sospesi. Un certo numero di farmaci, come l'aloiperidolo, sono raccomandati come primo trattamento di nausea e vomito, indotti dagli oppiacei (Librach & Squires, 1997), ma pochi di questi farmaci sono stati studiati e randomizzati con trial clinici. L'indagine su nausea e vomito correlati alla chemioterapia è stata fatta in maniera accurata, ma l'evidenza in altri tipi di nausea è principalmente descrittiva o basata su casi studio (Herndon, Jackson & Hallin, Lipman, Jackson & Tyler, 2000).

La costipazione è un doloroso e stressante effetto secondario della terapia da oppioidi verso i quali non si è sviluppata la tolleranza. Quando si inizia un oppioide deve essere fatta sia la valutazione che il trattamento della costipazione, basandosi sui normali movimenti intestinali dell'individuo, nella routine e nelle attuali circostanze. Eccezione può essere fatta nell'immediato periodo postoperatorio o negli ultimi giorni di vita se la costipazione non è causa di disagio.

Anticipare e Prevenire il Dolore da Procedure

Raccomandazione • 54

Anticipare il dolore che può verificarsi durante le procedure, quali esami medici e cambi di medicazioni, e combinare le opzioni farmacologiche e non-farmacologiche per la prevenzione. (*Grado di Raccomandazione = C*)

Raccomandazione • 55

Riconoscere che gli analgesici e/o gli anestetici locali sono il fondamento per la gestione farmacologica delle procedure dolorose. Gli ansiolitici ed i sedativi sono specifici per la riduzione dell'ansia associata. Se usati da soli, ansiolitici e sedativi possono attenuare le risposte comportamentali senza alleviare il dolore.

Raccomandazione • 56

Accertarsi che siano istituite una supervisione esperta e delle appropriate procedure di monitoraggio quando è usata una sedazione cosciente.

(Grado di Raccomandazione = C)

Discussione delle Evidenze

Nel revisionare la linea guida AHCPR (1994) riguardante le procedure di gestione correlate al dolore, gli autori notano che gran parte dei dati disponibili sulla gestione del dolore relativo a procedure derivano da studi su bambini con cancro, avviati ad una gestione non farmacologica.

Nella pratica clinica, lo standard accettato è che la risposta emozionale del paziente al dolore atteso per una procedura rimane nel paziente anche per le procedure successive. Nel caso di procedure che saranno ripetute, massimizzare il trattamento per il dolore e per l'ansia della prima procedura al fine di minimizzare l'ansia che precede le procedure successive (consenso del panel RNAO).

In molti casi, le misure necessarie per trattare il dolore richiedono procedure chirurgiche e non-chirurgiche che sono esse stesse causa di dolore. Tuttavia, gli stimoli nocivi ripetuti possono causare sensibilizzazione e modifiche, anche permanenti, del sistema nervoso (Basbaum & Jessell, 2000). I meccanismi, attraverso cui le procedure conducono al dolore sono simili a quelli di altre cause di dolore (lancetta nel tallone neonatale, procedure chirurgiche con l'incisione della pelle e di altri tessuti, l'asportazione di tessuti patologici, la circoncisione, lo sbrigliamento) e tutti possono condurre a danni tissutali che causano dolore nocicettivo. Alcune procedure, possono provocare danni iatrogeni dei nervi. Molti pazienti anziani non si lamenteranno del dolore a causa del timore delle procedure diagnostiche dolorose che verrebbero loro ordinate. La differenza principale fra dolore iatrogeno ed altri tipi di dolore è che quello da procedure è prevedibile in anticipo e vi è un'eccellente opportunità di occuparsi del dolore in modo pianificato e tempestivo.

Puntillo (1994) ha trovato che il dolore da procedure era da moderato a severo per i pazienti cardiovascolari in ICU, sottoposti a rimozione del drenaggio toracico (n=35). Le valutazioni del dolore non sono collegate con l'analgesia e quasi il 75 per cento delle persone non hanno ricevuto analgesici nell'ora precedente alla procedura.

Nella popolazione con cancro, particolarmente nella fase finale della vita, è importante pesare agli aspetti benefici dei risultati delle procedure con l'esperienza traumatica che il paziente deve sopportare. Dovrebbe essere considerato il disagio di stare sul tavolo duro per un TC scan.

AHCPR (1994) suggerisce che i programmi di controllo del dolore associati con procedure dolorose dovrebbero indirizzare alle seguenti domande:

- Perché è stata eseguita la procedura?
- Qual è l'intensità del dolore prevista?
- Qual è la durata del dolore prevista?
- Qual è l'intensità dell'ansia prevista?
- Qual è la durata dell'ansia prevista?
- Quali reazioni gli adulti predicono per se stessi?
- Qual è il significato della procedura per il paziente e la famiglia?
- Nel caso di bambini, i genitori come pensano che reagiranno i loro bambini?

I documenti del AHCPR (1994) continuano a sostenere che le necessità dell'individuo ed il tipo di procedura che deve essere effettuata determineranno l'approccio farmacologico alla gestione del dolore correlato alle procedure. Poiché i bambini e gli anziani hanno bisogni speciali, la competenza e l'esperienza dei professionisti con popolazioni speciali è la chiave per avere risultati di successo.

Formazione del Paziente e della Famiglia

Raccomandazione • 57

Fornire alla persona ed ai famigliari/curatori le informazioni sul loro dolore e sulle misure usate per trattarlo, ponendo particolare attenzione alla correzione di miti e strategie per la prevenzione e il trattamento degli effetti secondari. (*Grado di Raccomandazione = A*)

Raccomandazione • 58

Accertarsi che gli individui capiscano l'importanza di segnalare subito un dolore non alleviato, i cambiamenti nel loro dolore, le nuove fonti o i tipi di dolore e di effetti secondari da analgesici. (*Grado di Raccomandazione = C*)

Raccomandazione • 59

Chiarire le differenze fra assuefazione, tolleranza e dipendenza fisica per mitigare le false credenze che possono ostacolare l'uso ottimale dei metodi farmacologici per la gestione del dolore.

(*Grado di Raccomandazione = A*)

- L'assuefazione (dipendenza psicologica) non è dipendenza fisica o tolleranza ed è raro nelle persone che prendono oppioidi per dolore cronico
- Le persone che usano oppioidi su base cronica per il controllo del dolore possono mostrare segni di tolleranza richiedendo aggiustamenti ascendenti di dosaggio. Tuttavia, la tolleranza non è solitamente un problema e le persone possono mantenere la stessa dose per anni
- Le persone che non hanno più bisogno di oppioidi dopo un lungo periodo di uso hanno necessità di ridurre la loro dose lentamente, in un periodo di parecchie settimane, per prevenire i sintomi da cessazione di somministrazione dovuti alla dipendenza fisica.

Discussione delle Evidenze

Trials randomizzati e controllati hanno dimostrato che l'educazione del paziente e della famiglia da parte di professionisti qualificati, usando sia materiale scritto che verbale, migliora le conoscenze sul dolore e riduce le preoccupazioni per quanto riguarda la tolleranza e l'assuefazione (SIGN, 2000). Hill, Bird e Johnson (2001) hanno condotto un trial randomizzato e controllato per studiare l'effetto dell'educazione del paziente sull'adesione al trattamento di farmaci per l'artrite reumatoide. Rhimer ed altri (come citato in AHCPR, 1994) hanno dimostrato, in un trial clinico randomizzato, che l'educazione del paziente e della famiglia non solo migliora la loro conoscenza sulla gestione del dolore, ma permette anche una migliore rilevazione dello stesso.

L'assuefazione o la dipendenza psicologica è estremamente rara nelle persone che usano gli oppioidi per il dolore, se si escludono coloro che abitualmente abusano dei farmaci. L'assuefazione non è comune nelle persone trattate per dolore acuto in un setting di cura per acuti (< 0,1%) (Friedman, 1990). In otto trials controllati di pazienti con dolore cronico non da cancro, non c'era nessun comportamento da assuefazione evidente, a parte gli abusatori di farmaci (Portenoy, il 1996). Nel dolore da cancro, ci sono numerosi studi con follow-up a breve e a lungo termine che non evidenziano assuefazione.

Documentazione Efficace

Raccomandazione • 60

Documentare tutti gli interventi farmacologici con una registrazione sistematica del dolore che identifichi chiaramente gli effetti dell'analgesico sul sollievo del dolore. Utilizzare questi documenti

per comunicare con i colleghi interdisciplinari nella titolazione dell'analgescico. Dovrebbero essere documentati la data, il tempo, la severità, la localizzazione e il tipo di dolore.

(Grado di Raccomandazione = C)

Raccomandazione • 61

Nel caso di trattamento domiciliare fornire all'individuo ed alla famiglia una strategia semplice per documentare l'effetto degli analgesici. *(Grado di Raccomandazione = C)*

Discussione delle Evidenze

La documentazione degli interventi farmacologici è conforme alla politica e alle procedure del setting di cura. Dovrebbe essere usato uno strumento di monitoraggio del dolore specifico per il setting pratico e di cura. Un certo numero di studi osservazionali hanno dimostrato che le tabelle del dolore, usate come normale pratica, migliorano la qualità di cura del dolore (Gould et al., 1992; Rawal & Berggren, 1994). Il contenuto della tabella del dolore è più importante del formato, con l'inserimento di informazioni relative a localizzazione e intensità del dolore, estensione del suo sollievo, ed effetti secondari come la sedazione, il ritmo respiratorio e comuni effetti secondari (i pazienti con dolore cronico solitamente non richiedono il monitoraggio continuo del ritmo respiratorio e della sedazione). La registrazione grafica dei livelli di dolore fornisce una misura obiettiva dell'efficacia degli interventi di gestione del dolore e fornisce un mezzo di comunicazione fra i membri del team. Pazienti e famiglie in grado di monitorare l'uso della risposta dei farmaci offre un'opportunità alla persona ed alla famiglia, in setting diversi, di essere partecipanti attivi nella gestione del dolore. Esempi di strumenti di documentazione sono riportati nell'appendice E.

II. GESTIONE NON FARMACOLOGICA DEL DOLORE

Raccomandazione • 62

Combinare metodi farmacologici e non-farmacologici per realizzare una gestione efficace del dolore. *(Grado di Raccomandazione = C)*

- I metodi di trattamento non-farmacologico non dovrebbero essere usati per sostituire un'adeguata gestione farmacologia
- La selezione dei metodi di trattamento non-farmacologici dovrebbe essere basata sulle preferenze individuali e sull'obiettivo di trattamento
- Tutte le potenziali controindicazioni ai metodi non-farmacologici dovrebbero essere considerate prima dell'applicazione

Raccomandazione • 63

Mettere in atto strategie specifiche conosciute per essere efficaci per specifici tipi di dolore, quali caldo e freddo superficiali, massaggio, rilassamento, linguaggio figurato, pressione o vibrazione, a meno che non siano controindicate. *(Grado di Raccomandazione = C)*

Raccomandazione • 64

Implementare gli interventi psicosociali che facilitano, nel corso del trattamento, una precoce capacità di risposta dell'individuo e della famiglia. *(Grado di Raccomandazione = B)*

Raccomandazione • 65

Istituire interventi psico-educativi come componenti del programma generale di trattamento per la gestione del dolore. (*Grado di Raccomandazione = A*)

Raccomandazione • 66

Riconoscere che le strategie cognitivo-comportamentali combinate con un approccio riabilitativo multidisciplinare sono importanti strategie per il trattamento del dolore cronico non maligno. (*Grado di Raccomandazione = A*)

Discussione delle Evidenze

Alcuni studi di misure non-farmacologiche per la gestione del dolore sono osservazionali o quasi-sperimentali. L'Appendice H fornisce esempi di procedure per parecchie strategie non-farmacologiche per il controllo del dolore.

Alcuni studi randomizzati esaminano l'ipnosi usata insieme a tecniche cognitive comportamentali indirizzate a procedure correlate al dolore acuto ed alle mucositi orali in pazienti che subiscono un trapianto di midollo osseo. L'ipnosi ed i trattamenti cognitivo-comportamentali mostrano un miglioramento nei risultati del dolore (Agency for Healthcare Research and Quality, 2001).

In più, ci sono revisioni sistematiche sul rilassamento e sull'uso di saccarosio nelle procedure per il dolore nei neonati, che hanno dimostrato un miglioramento significativo nei risultati del dolore (Stevens, Yamada & Ohisson, 2001). Un certo numero di studi sull'uso del massaggio nel trattamento del dolore al basso schiena dimostra che questo trattamento è efficace.

Strategie psico-educative sono state esaminate in una meta-analisi da Devine & Westlake (1995). Queste analisi hanno riportato una differenza significativa nei risultati del dolore usando tali tecniche. Inoltre, una meta-analisi condotta da Morley, Eccelston e Williams (1999) sulla terapia cognitivo-comportamentale del dolore cronico negli adulti, a parte l'emicrania, ha dimostrato un miglioramento nel dolore e nella capacità di risposta.

Appendici – Gestione del Dolore

Appendice F – Scala dell'Analgesico

Appendice G – Esempio di Protocollo dell'Iniezione Sottocutanea

Appendice H - Metodi Non-Farmacologici di Controllo del Dolore

Raccomandazioni per la Formazione

Raccomandazione • 67

Gli infermieri preparati per entrare nella pratica devono conoscere i principi della valutazione e della gestione del dolore. (*Grado di Raccomandazione = C*)

Tutti i programmi che preparano gli infermieri ad intraprendere la pratica devono includere il tema del dolore basato sull'*International Association for the Study of Pain Nursing Curriculum* (IASP, 1993), ed esaminare sia la comprensione teorica che la competenza clinica nella gestione del dolore. Devono essere enfatizzate le implicazioni etiche e legali conseguente al non usare le strategie disponibili per gestire il dolore. Devono essere incluse le strategie per comunicare efficacemente al fine di incontrare i bisogni dei pazienti con dolore e di risolvere conflitti e dilemmi etici nel sostenere pazienti e famiglie (Ferrell, Whedon & Rollins, 1995).

Raccomandazione • 68

I principi di valutazione e di gestione del dolore dovrebbero essere inclusi nei programmi di orientamento ed essere resi disponibili nell'ambito delle opportunità di sviluppo professionale. (*Grado di Raccomandazione = C*)

L'orientamento per tutto il nuovo staff infermieristico deve includere i principi di gestione del dolore di base e le dimostrazioni di competenza nella valutazione e nelle abilità manageriali. Sono prioritarie le occasioni per la presentazione di casi clinici correlati al dolore. Questi programmi educativi devono essere aggiornati continuamente e regolarmente per integrare nuove conoscenze, tecniche, e/o tecnologie (Ferrell, Whedon & Rollins, 1995).

Raccomandazione • 69

I programmi educativi dovrebbero essere costruiti per facilitare il cambiamento nella conoscenza, nelle abilità, negli atteggiamenti e nelle credenze degli infermieri circa la valutazione e la gestione del dolore, per sostenerli nelle nuove pratiche. (*Grado di Raccomandazione = C*)

I programmi educativi che si focalizzano sulla sola acquisizione di conoscenze e di abilità senza esaminare le attitudini e le convinzioni riguardanti la valutazione e la gestione del dolore non porteranno nella pratica dei cambiamenti a lungo termine. Le strategie educative per introdurre nuove evidenze che sostengano un cambiamento nella pratica possono includere gruppi formativi, workshop interattivi e conferenze. Inoltre, la pratica riflessiva, sostenuta da un mentore clinico, è una strategia efficace per esaminare attitudini, credenze e comportamenti nella pratica. Questo tipo di supporto clinico provvede anche l'opportunità, per chi lavora nella pratica, di esaminare come i cambiamenti desiderati potranno portare beneficio sia ai pazienti sia al proprio approccio di cura (Belcher & Sibbald, 1998; Johnson et al., 1994).

Raccomandazione • 70

I programmi educativi devono offrire agli infermieri l'occasione di dimostrare l'efficacia delle pratiche relative alla valutazione e alla gestione del dolore e devono indirizzare le risorse necessarie per supportare la pratica (per esempio modifiche della pratica, sistema di reminder, rimozione delle barriere, etc.). (*Grado di Raccomandazione = C*)

Le opportunità convenzionali di avere mentori e precettori all'interno di un'organizzazione contribuiscono alla formazione permanente degli infermieri nel setting di pratica clinica. Questi programmi forniscono le opportunità per imparare in modo interattivo e per mettere in pratica le nuove abilità in un ambiente supportivo (Belcher & Sibbald, 1998). Essi, inoltre, possono fungere da strategie attive per disseminare le raccomandazioni riguardanti le modifiche comportamentali.

Gruppi/comitati di pratica clinica infermieristica possono essere un metodo efficace per identificare i bisogni formativi e le strutture di sostegno, richieste per l'implementazione.

Ciò [lo strumento di valutazione] ha informato le persone su un altro...modo di trattare il dolore, diverso dalla semplice iper-medicazione o dalla medicazione fino all'esaurimento del dolore... Questo ha realmente intensificato la consapevolezza degli utenti, dei caregivers e dei membri della famiglia come pure dello staff che, per il dolore, c'è da fare di più che chiedere "sente dolore?,, (Luogo Pilota dell' Implementazione)

Raccomandazioni per l'Organizzazione & la Politica

Il dolore può essere gestito con successo per la maggior parte dei pazienti, tuttavia un dolore invariato che continua può essere problematico per molte persone. Anche se linee guida/standards sono stati ampiamente distribuiti da rispettabili Società e Panel di Consenso (per esempio AHCPR), la gestione del dolore continua ad essere problematica. I pazienti hanno diritto al migliore sollievo dal dolore possibile (Watt-Watson et al., 1999), e le organizzazioni hanno la responsabilità di rendere disponibili i supporti che possono facilitare questo risultato.

La seguente sezione descrive le strutture di sostegno essenziali, adattate da Ferrell, Whedon e Rollins (1995), che sono critiche rispetto al cambiamento nelle pratiche di gestione del dolore.

Raccomandazione • 71

Gli enti infermieristici competenti dovrebbero garantire che gli Standards di pratica infermieristica includano l'adozione di standards riguardanti la responsabilità per la gestione del dolore.

(Grado di Raccomandazione = C)

Gli enti competenti devono accertarsi che gli standards di pratica infermieristica includano l'adozione di standards della responsabilità per la gestione del dolore. L'esame della registrazione dovrebbe includere delle domande relative al dolore come componente qualificante della registrazione per tutti gli infermieri. La richiesta di conoscenze sul dolore come requisito per entrare nella pratica incoraggerà la responsabilità sulla gestione del dolore.

Raccomandazione • 72

Le organizzazioni sanitarie devono avere sistemi di documentazione sul posto per sostenere e rinforzare gli approcci standardizzati di valutazione e gestione del dolore.

(Grado di Raccomandazione = C)

In tutte le organizzazioni sanitarie sono richieste forme di ammissione per fare lo screening a persone/ pazienti per i problemi di dolore. I sistemi di documentazione che includono protocolli, organigrammi ecc. devono essere disponibili per facilitare l'identificazione degli interventi suggeriti per controllare il dolore, il suo sollievo inadeguato e gli effetti collaterali.

Raccomandazione • 73

Le organizzazioni sanitarie devono disporre di risorse formative per pazienti e famiglie/curatori per quanto riguarda la loro partecipazione per conseguire un adeguato sollievo del dolore.

(Grado di Raccomandazione = C)

I pazienti e le famiglie hanno bisogno di assistenza per sapere come comunicare il dolore, quali opzioni sono disponibili per il trattamento e che cosa hanno diritto di avere per il migliore sollievo possibile del dolore. Le organizzazioni dovrebbero sviluppare degli opuscoli informativi sul dolore e fornire ad ogni hospice, ambulatorio medico, aree di trattamento, ecc. questi documenti per facilitare la formazione di pazienti e famiglie.

Raccomandazione • 74

Le organizzazioni sanitarie devono dimostrare il loro impegno a riconoscere il dolore come problema primario. Le politiche devono chiarire, sostenere o dirigere le aspettative del personale su una soddisfacente rilevazione del dolore come priorità. *(Grado di Raccomandazione = C)*

Le dichiarazioni dell'organizzazione riguardanti la vision e la mission, e la "carta dei diritti" del paziente dovrebbero rispecchiare la promessa di un'attenta cura analgesica. I pazienti dovrebbero essere informati sull'impegno assunto dal personale di fornire un'attenta cura analgesica. Un team di progetto addetto al miglioramento continuo è richiesto per analizzare i sistemi di supporto. Le istituzioni dovrebbero essere collegate con un network esperto o con organizzazioni che si occupano di sollievo del dolore adeguato (es. Canadian Pain Society, Canadian Palliative Care Society). La ricerca, sia infermieristica che interdisciplinare, deve essere continua per determinare le strategie efficaci di valutazione e di gestione del dolore.

Le linee guida accreditate riguardanti la valutazione e la gestione del dolore dovrebbero essere comunicate a tutto lo staff. Standards/politica organizzativa per la valutazione e la gestione del dolore (pompe, infusioni) devono essere stabiliti in modo chiaro ed essere evidenti nella pratica. E' essenziale il monitoraggio continuo attraverso i comitati interdisciplinari di miglioramento della qualità e indagini sui pazienti. Politiche e procedure dovrebbero essere sviluppate all'interno delle organizzazioni per sostenere appropriate prescrizioni o appropriati ordini dei farmaci efficaci per il dolore.

Raccomandazione • 75

Le organizzazioni sanitarie devono accertarsi che le risorse siano a disposizione delle persone, delle famiglie/curatori e dello staff per provvedere a un'efficace valutazione e gestione del dolore, così come per accedere agli esperti nella gestione del dolore.

(Grado di Raccomandazione = C)

Le risorse che supportano un'adeguata gestione del dolore comprendono il materiale adatto, le risorse umane e finanziarie. La disponibilità di esperti clinici nella valutazione e nel management del dolore è una componente essenziale della cura del dolore. Le organizzazioni devono istituire un processo di consulenza che fornisca l'accesso alle competenze cliniche, quando è necessaria una consultazione. Tali risorse devono essere disponibili attraverso la continuità di cura.

Raccomandazione • 76

Le organizzazioni sanitarie devono dimostrare di sostenere un approccio interdisciplinare per la cura del dolore. *(Grado di Raccomandazione = C)*

Il dolore è un problema complesso e multidimensionale (Melzack & Wall, 1996); perciò una gestione efficace richiede una varietà di strategie che coinvolgono tutte le discipline sanitarie. E' essenziale un approccio interdisciplinare. I professionisti sanitari devono utilizzare la perizia di tutti nel lavorare insieme, per aiutare i pazienti con dolore. Le linee guida di pratica clinica che sostengono le migliori pratiche dei professionisti sanitari nella gestione del dolore, adottano metodi critici per accertare e ottenere la rilevazione del dolore.

Raccomandazione • 77

Le organizzazioni sanitarie devono avere sul posto dei sistemi per migliorare e controllare la qualità della gestione del dolore attraverso il continuum di cura. *(Grado di Raccomandazione = C)*

Le organizzazioni, attraverso processi di miglioramento continuo della qualità quali l'audit, devono assicurare che siano implementate le linee guida di miglior pratica e che il continuo miglioramento della qualità costituisca una priorità.

Il Miglioramento Continuo della Qualità è una componente critica nello sviluppo di un impegno istituzionale per il sollievo del dolore. È una strategia per facilitare il cambiamento della pratica ed il miglioramento continuo delle prestazioni nella valutazione e nella gestione del dolore. La raccomandazione è che si dovrebbero istituire i sistemi ed i meccanismi per il Miglioramento Continuo della Qualità nella gestione del dolore attraverso tutti i sistemi di cura, compresi i servizi territoriali, ospedalieri e di assistenza a lungo termine.

La raccomandazione dell'*American Pain Society* (1995) è che le attività di miglioramento della qualità per migliorare il trattamento del dolore acuto e da cancro dovrebbero includere cinque elementi chiave:

- Un dolore invariato dovrebbe alzare una bandierina rossa che attiri l'attenzione del clinico;
- Dare informazioni sugli analgesici accessibili nel caso che ci siano ordini scritti;
- Promettere ai pazienti una cura analgesica sensibile ed invitarli a comunicare il dolore;
- Implementare politiche e misure di sicurezza per l'uso di tecnologie analgesiche moderne;
- Coordinare e valutare l'implementazione di queste misure.

Raccomandazione • 78

Nel progettare le strategie educative, considerare i metodi più efficaci per diffondere ed implementare le raccomandazioni della linea guida. Questi metodi includono, ma non in senso limitativo: (*Grado di Raccomandazione = A*)

- L'uso di un modello di cambiamento comportamentale per guidare lo sviluppo di strategie per l'implementazione.
- L'uso di una combinazione di strategie per influenzare il cambiamento della pratica.
- La progettazione di strategie di implementazione che prendano in considerazione l'influenza dell'ambiente organizzativo.

Ricerche fatte sull'implementazione della linea guida e precedenti esperienze del panel di sviluppo della linea guida hanno messo in luce che la formazione da sola non è sufficiente per assicurare che sia stata adottata la pratica migliore. L'adozione di successo delle linee guida di pratica clinica dipende da molti fattori e necessita di un'attenzione significativa per focalizzarla sui metodi più efficaci di disseminazione e d'implementazione. Questa raccomandazione viene suggerita sulla base di evidenze empiriche, che dovrebbero essere usate per guidare il processo di implementazione per le migliori linee guida pratiche di Valutazione e Gestione del Dolore.

■ Usare un modello di cambiamento comportamentale per guidare lo sviluppo di strategie di implementazione.

La scienza sociale e la ricerca educativa hanno esaminato i fattori che provocano i cambiamenti comportamentali. I risultati di questa ricerca suggeriscono l'importanza di usare un modello di cambiamento comportamentale come una struttura per guidare lo sviluppo di strategie che influenzano il cambiamento della pratica. I modelli di cambiamento comportamentale che sono stati proposti, in grado di influenzare l'adozione di linee guida di pratica clinica, sono riassunti nella Tabella 1 (Grol, 1997). Un modello di cambiamento comportamentale comunemente usato, denominato struttura PRECEDE, suggerisce l'uso di attività predisposte o primarie per stimolare la considerazione del cambiamento, seguite da idonee strategie per motivarlo e facilitarlo, e concludere con attività di rinforzo per sostenerlo (Lomas, 1991).

Tavola 1	
Modelli	I fattori coinvolti nel promuovere il cambiamento.
Educativo	Desiderare competenze professionali ed educazione professionale continua.
Epidemiologico	Evidenze scientifiche empiriche; linee guida basate sull'evidenza.
Marketing	Sono stati contattati i bisogni accertati e ne è stata data ampia pubblicità attraverso una varietà di canali.
Comportamentale	Revisione della performance, feedback, reminders, incentivi o sanzioni.
Interazione sociale	Influenza di persone importanti, opinioni di leader, influenze educative, outreach visits.
Organizzativo	Comunicazione, supporto, struttura, network.
Coercitivo	Leggi, regolamenti, autorizzazioni e accreditamento, budgeting e contratti.

■ **Usare una combinazione di strategie per influenzare il cambiamento della pratica.**

La ricerca ha dimostrato che interventi singoli o in combinazione funzionano per qualche tempo, ma che nessun intervento funziona per sempre (Davis et al., 1995). L'educazione continua didattica tradizionale ha poco effetto senza permettere né rinforzare le strategie. Le strategie di cambiamento del meccanismo singolo includono i reminders, gli interventi mediati dai pazienti, outreach visits (visite di esperti), opinion leaders e attività diversificate (Davis et al., 1995). Il "Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines" (2002) della RNAO descritto in Appendice I fornisce una discussione dettagliata delle evidenze riguardanti l'efficacia di varie strategie d'implementazione.

■ **Progettare la realizzazione di strategie che tengano in conto l'organizzazione ambientale.**

Prima di implementare la linea guida, è raccomandato che venga condotta un'analisi per capire il contesto in cui si trovano la struttura, i processi o il risultato, per identificare le barriere al processo del cambiamento, e per sviluppare un piano che colleghi gli interventi ad ogni barriera identificata (NHS Centro per le Revisioni e la Diffusione, 1999).

Il "Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines" (2002) ha un capitolo dedicato alla valutazione della "preparazione ambientale". Il risultato di questa valutazione e l'analisi dei risultati faciliterà la realizzazione di approcci educativi appropriati al setting pratico individuale.

Raccomandazione • 79

Le linee guida di best practice infermieristica possono essere implementate con successo soltanto dove ci siano adeguate pianificazioni, risorse, supporti organizzativi e amministrativi, così come appropriate facilitazioni. Le organizzazioni possono desiderare di sviluppare un piano per la realizzazione che include:

- Una valutazione della preparazione organizzativa e delle barriere all'educazione.
- Coinvolgimento di tutti i membri (in funzioni di supporto sia dirette che indirette) che contribuiscono al processo di implementazione.
- Un individuo qualificato dedicato che fornisca il supporto necessario per l'educazione e il processo di implementazione.
- Opportunità continue per la discussione e la formazione in modo da rinforzare l'importanza della best practice.
- Le opportunità per la riflessione sull'esperienza personale ed organizzativa dell'implementazione delle linee guida.

A questo riguardo, RNAO (attraverso un panel di infermieri, ricercatori e amministratori) ha sviluppato il "Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines" basato su evidenze disponibili, sulle prospettive teoriche e sul consenso. Il Toolkit è raccomandato per guidare

l'implementazione della linea guida di best practice infermieristica della RNAO su *Valutazione e Gestione del Dolore*. (**Grado di Raccomandazione = C**)

Fare riferimento all'Appendice I per una descrizione del Toolkit.

“...Io lavoro in modo indipendente...ma abbiamo incontri con il nostro staff e io penso che questo porti ad un linguaggio comune e...se hai un cliente che si muove da un'area all'altra, cosa che accade, questo va bene perché c'è una certa coerenza... Questa era...l'idea dell'intera cosa in realtà...che c'era coerenza.” (Luogo dell'implementazione pilota)

Valutazione e Monitoraggio

La valutazione ed il monitoraggio della qualità della cura del dolore possono mettere a fuoco una o tutte le zone delle tre aree della qualità concettualizzata da Donabedian (1988), vale a dire le componenti di struttura, processo e risultati che dipendono dagli scopi della misurazione.

Struttura della cura

I dati strutturali della prestazione includono le caratteristiche dei professionisti sanitari e delle organizzazioni come la specializzazione, l'addestramento, la formazione, il tipo di funzione e di proprietà (Brennan et al., 1991). La valutazione della struttura della cura del dolore può includere un esame dei seguenti indicatori:

- Disponibilità ed accesso a medici e/o infermieri identificati come specialisti del dolore.
- Qualificazione e formazione dello staff nella valutazione del dolore.
- Impegno organizzativo per il sollievo del dolore comprensivo delle politiche e delle procedure per la valutazione e la gestione del dolore quali strumenti standardizzati per la valutazione e il monitoraggio giornaliero del dolore, e l'adozione dello stesso come quinto segno vitale nell'annotazione della temperatura.

Processo di cura

I dati trattati descrivono le attività di coloro che provvedono all'assistenza sanitaria nell'incontro tra pazienti e fornitori quali gli esami richiesti, i farmaci prescritti, le valutazioni completate e gli interventi implementati. I dati trattati sono considerati credibili se può essere dimostrato che le variazioni dell'attributo misurato conducono ad una differenza nei risultati (Baker, et al., 1998). Le misure trattate sono più utili quando confrontano i fattori che possono essere cambiati per migliorare i risultati. Il legame tra il processo di cura e i risultati nel paziente dovrebbe essere stabilito empiricamente.(Brennan, et al., 1991). La misurazione dei processi di cura fornisce una indicazione agli operatori sanitari nel senso che essi ne possono migliorare la qualità. Sebbene la valutazione ed il monitoraggio dei processi di cura siano importanti per tutti i tipi di dolore, la maggior parte della ricerca su questo tema è stata fatta nell'area del dolore da cancro. La discussione successiva riflette questo focus.

Gli standards per la gestione del dolore da cancro sono stati sviluppati nel tentativo di stabilire dei criteri di valutazione e di monitoraggio della qualità della gestione del dolore. Gli standard sviluppati negli Stati Uniti dalla *American Pain Society* (APS, 1995) e dall'*Agency for Health Care Policy* (AHCPR, 1994) sono stati implementati come indicatori di qualità in un numero di organizzazioni per migliorare la responsabilità per il trattamento del dolore da cancro e per facilitare un ampio cambiamento del sistema nella gestione del dolore attraverso i sistemi sanitari (Bookbinder et al., 1996; Weisman, Griffie, Muchka & Matson, 2000). In Canada, solo di recente gli standards per la gestione del dolore da cancro sono stati introdotti come parte dei criteri di

accreditamento. Gli standards canadesi di accreditamento forniscono chiare indicazioni agli ospedali rispetto al fatto che una valutazione continua dell'efficacia della gestione del dolore è una componente attesa della valutazione CCHSA (CCHSA, 1995).

Come parte del processo di sviluppo degli standards, è stato sviluppato un certo numero di indicatori target per valutare la qualità della gestione del dolore da cancro. Questi indicatori forniscono criteri per trattare quegli elementi della qualità e della cura che dovrebbero essere in loco per supportare in modo appropriato la gestione, la documentazione e la valutazione standardizzata del dolore (APS, 1995). Inoltre, le linee guida di pratica clinica che sono state sviluppate da questi standard basati su evidenze empiriche di alta qualità possono fornire i criteri necessari nella valutazione dei modelli di cura osservati per appropriatezza nella gestione del dolore da cancro (AHCPR, 1994).

I processi basati sull'evidenza per la gestione del dolore da cancro descritti nelle linee guida di pratica clinica come questa, possono fornire criteri espliciti necessari per l'accertamento ed il monitoraggio, per assicurare che siano promulgati i processi importanti della cura. Le linee guida di pratica clinica per la gestione del dolore da cancro sono state usate come meccanismo di risposta per migliorare la qualità di gestione del dolore da cancro (Bookbinder, et al., 1996; Hiraga & Nozaki-Taguchi, 2001). L'implementazione di strategie di valutazione e di gestione del dolore descritte nelle linee guida di pratica clinica hanno trovato avere un effetto favorevole sui risultati del dolore dei pazienti e sui livelli di soddisfazione segnalati dagli stessi (Bach, 1995; Bookbinder, et al., 1996; Campese, 1996; Comley & Demeyer, 2001; Hiraga & Nozaki-Taguchi, 2001).

Un recente trial clinico randomizzato ha dimostrato una riduzione statisticamente significativa dell'intensità del dolore conseguente all'implementazione di un algoritmo di trattamento a molteplici livelli, basato sugli standards AHCPR (DuPen et al., 1999). Un certo numero di studi osservazionali ha dimostrato un impatto positivo delle linee guida pratiche, che promuovono un trattamento appropriato del dolore, per quanto riguarda l'adeguatezza del trattamento ed i livelli di sollievo del dolore riferiti dai pazienti (Comley & Demeyer, 2001; Hiraga & Nozaki-Taguchi, 2001). Comley e Demeyer (2001). Sono stati condotti degli audit per valutare la pratica dei providers nel trattamento appropriato del dolore e l'impatto dell'implementazione di una linea guida pratica sulla soddisfazione del paziente con dolore. Le stime dell'intensità del dolore, le stime del sollievo del dolore autoriferite dai pazienti e la soddisfazione del paziente sono state usate per esaminare l'appropriatezza del trattamento del dolore prima e dopo l'implementazione della linea guida di pratica clinica. Anche se i risultati dello studio non erano statisticamente significativi, i pazienti hanno segnalato un aumento del sollievo del dolore ed una diminuzione del tempo di attesa per gli analgesici. Rischer e Childress (1996) inoltre hanno segnalato i miglioramenti nell'uso appropriato di meperidina e nella prescrizione regolarmente programmata di oppioidi quando erano implementate le linee guida pratiche.

Le dichiarazioni sostanziali in questa linea guida possono essere usate per sviluppare degli indicatori del processo di cura. Un esempio di alcuni degli indicatori di processo che possono essere utili nel valutare e monitorare la qualità della cura del dolore è descritto più avanti.

Valutare l'appropriatezza del trattamento come la prescrizione analgesica può essere molto complesso e richiedere l'uso di specifiche misure cliniche. Tali misure sono state sviluppate nel tentativo di collegare il tipo e la severità del dolore con l'analgesico adatto, in accordo con i principi della gestione del dolore da cancro stabiliti dalla World Health Organization (1986).

In letteratura sono riferite quattro tipi di misure per valutare l'appropriatezza del trattamento del dolore da cancro, vale a dire, la *Pain Intensity Scales* (Scala dell'intensità del dolore), la *Pain Relief Scale* (Scala del sollievo del dolore), il *Pain Management Index* (Indice della gestione del dolore) e la *Patient Satisfaction Scale* (Scala della soddisfazione del paziente).

Pain Intensity Scales (Scale dell'Intensità del Dolore)

La scala di valutazione dell'intensità del dolore è lo strumento più frequentemente usato per valutare sia la severità del dolore sia l'effetto delle modalità di trattamento. Le scale visuo-analogiche, le scale numeriche e le scale verbali sono frequentemente usate nella valutazione del dolore e del suo sollievo. Per queste scale sono state stabilite la validità e l'attendibilità (Jensen, Karoly & Braver, 1986; Price, Bush & Long, 1994). Ai pazienti viene chiesto di valutare la severità del loro dolore su una scala da 0 a 10, dove 0 indica non dolore, e 10 viene descritto come il peggior dolore immaginabile. L'APS (1995) e l'AHCPR (1994), per ottenere un'indicazione di trattamento del dolore adeguato, hanno identificato un punteggio cutoff \geq di 5 su una scala numerica di intensità come descrittivo di un trattamento inadeguato del dolore da cancro. Sono stati scelti questi punteggi perché quelli più alti sono stati visti avere un impatto significativo sul funzionamento nella quotidianità (APS, 1995; Cleeland, et al., 1994).

Pain Relief Scale (Scala del Sollievo del Dolore)

La stima del cambiamento nella gravità del dolore risultato dalle modalità del trattamento è usata anche come misura per valutare l'adeguatezza del programma di trattamento. I pazienti giudicano l'adeguatezza del trattamento al dolore valutando il livello di sollievo dal dolore come "cambiamento" o "peggioramento" e "sollievo completo". Il punteggio dato dal paziente corrispondente a nessun sollievo o peggioramento del dolore sono considerati degli indicatori di inadeguato trattamento del dolore. Le scale di sollievo del dolore sono state usate in un certo numero di studi per valutare l'efficacia del trattamento del dolore e per accertare se i pazienti avevano ricevuto appropriate cure per il dolore (Miasakowski, Nichols, Brody & Synold, 1994; Ward & Gordon, 1994). In letteratura non sono riportate la validità ed l'attendibilità di queste scale.

Pain Management Index (Indice di Gestione del Dolore)

Gli indici di gestione del dolore sono stati sviluppati per valutare l'appropriatezza del trattamento del dolore da cancro valutando la congruenza fra il tipo di analgesico prescritto e quanto riferito dai pazienti rispetto al livello di severità del dolore usando i criteri stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1986). In letteratura sono stati descritti tre indici sulla gestione del dolore; (1) indice della gestione del dolore di Ward (Ward & Gordon, 1994); (2) indice della gestione del dolore di Zelman (Zelman, Cleeland & Howland, 1987); e, (3) indice della gestione del dolore di Cleeland (Cleeland et al., 1994). Non sono state valutate la validità e l'attendibilità degli Indici di Gestione del Dolore, questi inoltre valutano soltanto l'appropriatezza del tipo di analgesico mentre le dosi prescritte possono anche essere inappropriate.

Outcome della Cura

I dati di outcome si riferiscono al successivo stato di salute del paziente e possono includere i temi come mortalità, qualità di vita, miglioramento dei sintomi o dello stato funzionale e soddisfazione del paziente. L'uso delle misure di risultato è stato criticato poiché non fornisce sufficienti informazioni circa la fonte della variazione introdotta per influenzare un miglioramento della qualità; successivamente i criteri di outcome devono essere collegati ai processi di cura che possono essere alterati da chi fornisce assistenza per realizzare un outcome (Baker et al., 1998).

La Soddisfazione del Paziente è una delle misure di risultato più frequentemente utilizzate per valutare la qualità di cura del dolore. L'American Pain Society (1995) ha raccomandato l'uso di una Scala di Soddisfazione del Paziente come uno dei criteri per valutare i risultati della qualità di cura del dolore da cancro (APS, 1995). Anche se questa scala ha validità e attendibilità stabilite, i risultati di un certo numero di studi hanno suscitato inquietudine per quanto concerne l'appropriatezza della soddisfazione del paziente come misura dell'adeguatezza del trattamento del dolore da cancro. Gli studi hanno indicato che i pazienti riportano soddisfazione per la loro gestione del dolore malgrado abbiano fatto esperienza di inaccettabili alti livelli di dolore e di dolore

inadeguato (Bookbinder et al., 1996; Lin, 2000; Miaskowski, Nichols, Brody & Synold, 1994; Ward & Gordon, 1994).

Non si può presupporre che i pazienti soddisfatti della loro gestione del dolore abbiano ricevuto una cura adatta. Le valutazioni della soddisfazione del paziente non possono riflettere realisticamente un adeguato trattamento del dolore, ma piuttosto la stima del paziente su quel trattamento. La soddisfazione del paziente, usata come singolo indicatore, in assenza di misure sistematiche dell'appropriatezza dei processi di cura nella gestione del dolore da cancro, può portare a false conclusioni e far credere che il trattamento del dolore da cancro sia adeguato. Alcuni esempi dei risultati di cura che possono essere valutati sono descritti più avanti.

Si consiglia alle organizzazioni che implementano le raccomandazioni contenute in questa linea guida di miglior pratica infermieristica, di considerare come l'implementazione ed il suo impatto potrà essere monitorato e valutato. La tabella seguente basata sulla struttura descritta nel *Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines* (RNAO-2002) riassume gli indicatori suggeriti per il monitoraggio e la valutazione:

	Strutture	Processi	Risultati
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> Valutare i supporti disponibili nell'organizzazione che permettono agli infermieri di valutare e gestire il dolore in modo appropriato. 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione i cambiamenti nella pratica che portano verso un miglioramento della valutazione e del management del dolore. 	<ul style="list-style-type: none"> Valutare l'impatto dell'implementazione delle raccomandazioni
Organizzazione/ Unità	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilità di e accesso a specialisti del dolore. Disponibilità di risorse scritte sulla valutazione e gestione del dolore, comprese le linee guida pratiche. Revisione delle raccomandazioni della linee guida di miglior pratica dal parte del comitato organizzativo responsabile delle politiche/ procedure. Il dolore è stato adottato come quinto parametro vitale nella registrazione della salute degli utenti. 	<ul style="list-style-type: none"> Viene usato uno strumento standardizzato per valutare il dolore. 	<ul style="list-style-type: none"> Politiche e procedure per la valutazione e il management del dolore sono coerenti con il BPG.
Infermiere	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilità di opportunità formative per la valutazione e la gestione del dolore all'interno 	<ul style="list-style-type: none"> L'infermiere completa una valutazione di base delle persone che riferiscono dolore. L'infermiere ha un 	<ul style="list-style-type: none"> L'evidenza della documentazione nella cartella del paziente è coerente con le raccomandazioni BPG

	<p>dell'organizzazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'orientamento infermieristico include la formazione riguardante la valutazione e la gestione del dolore. ▪ Numero di infermieri che assistono alle sessioni formative per la valutazione e la gestione del dolore. 	<p>piano documentato per gestire il dolore.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'infermiere ha documentato le misure comportamentali del dolore per bambini e persone con ridotte capacità cognitive. ▪ L'infermiere ha completa una valutazione ampia del dolore in pazienti con dolore cronico. ▪ L'infermiere ha documentato l'effetto dell'intervento sul dolore. ▪ L'ordine degli analgesici è stato cambiato per i pazienti con dolore crescente. 	<p>che riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutazione. ▪ Gestione.
Utenti		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le persone a rischio di dolore sono state sottoposte a screening per il dolore. ▪ Le persone con dolore invariato sono state inviate dallo specialista. ▪ Gli utenti autoriferiscono la loro comprensione del dolore e la loro gestione secondo la documentata formazione per il dolore. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miglioramento dei sintomi o dello stato delle funzioni. ▪ Soddisfazione del Paziente. ▪ I Pazienti verbalizzano una comprensione del dolore e le misure da usare per gestirlo. ▪ Il Paziente dimostra un miglioramento della qualità di vita. ▪ Il Paziente non fa esperienza degli effetti secondari degli oppioidi.
Costi finanziari	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Messa a disposizione delle risorse finanziarie adeguate. 		

Processo di Aggiornamento/Revisione della Linea Guida

La Registered Nurses Association of Ontario propone di aggiornare la seguente linea guida per migliorare la pratica:

1. Dopo la disseminazione, ogni linea guida di best practice infermieristica sarà rivista da un team di specialisti (Review Team) nell'area in oggetto ogni tre anni dall'ultima revisione.
2. Durante il periodo dei tre anni fra lo sviluppo e la revisione, lo staff del *RNAO Nursing Best Practice Guideline projet* monitorerà regolarmente le nuove revisioni sistematiche, metanalisi e trials controllati e randomizzati (RCTs) sul topic.
3. Sulla base dei risultati monitorati, lo staff di progetto può suggerire una data anticipata per la revisione. Un'appropriata consultazione con un team che comprende i membri del gruppo originale e altri specialisti in questo settore contribuiranno ad informare sulla decisione di fare la revisione in anticipo e modificare prima dei tre anni stabiliti la linea guida di riferimento.
4. Tre mesi prima dei tre anni stabiliti per la revisione, il personale di progetto comincerà a pianificare il processo di revisione come segue:
 - a. Invitare esperti del campo a partecipare nel team di revisione. Il team di revisione deve comprendere i membri del gruppo originale così come altri specialisti raccomandati.
 - b. Compilazione dei feedback ricevuti, delle domande incontrate durante la fase di disseminazione così come altri commenti ed esperienze dei luoghi di implementazione.
 - c. Compilazione di una nuova linea guida di pratica clinica sull'argomento, revisioni sistematiche, pubblicazioni di meta-analisi, revisioni tecniche e trial di ricerca.
 - d. Stabilire un programma di lavoro dettagliato con le date di riferimento di quanto verrà prodotto.

La linea guida revisionata sarà sottoposta a disseminazione in base a strutture e processi stabiliti

Riferimenti

- Agency for Health Care Policy and Research (1992). *Acute pain management: Operative or medical procedures and trauma*. Clinical practice guideline, Number 1. AHCPR Publication Number 92-0032. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Services, U.S. Department of Health and Human Services.
- Agency for Health Care Policy and Research (1994). *Management of cancer pain*. Clinical practice guideline, Number 9. (rev 2000). AHCPR Publication Number 94-0592. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Services. U.S. Department of Health and Human Services.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2001). Management of cancer pain. File inventory: Evidence Report/Technology Assessment. [Online].
- Available: <http://www.ahrq.gov/clinic/capaininv.htm>
- American Geriatrics Society Panel on Chronic Pain in Older Persons (1998). The management of chronic pain in older persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 46(5), 635-651.
- American Pain Society (1999). Quality improvement guidelines. In *Pain: Clinical manual* (pp. 734-736). St. Louis: Mosby.
- American Pain Society, Quality of Care Committee (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *Journal of the American Medical Association*, 274(23), 1874-1880.
- Bach, D. M. (1995). Implementation of the Agency for Health Care Policy and Research postoperative pain management guidelines. *Nursing Clinics of North America*, 30(3), 515-527.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C. & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Baker, G. R., Brooks, N., Anderson, G., Brown, A., McKillop, I., Murray, M. et al. (1998). Healthcare performance measurement in Canada: Who's doing what? *Hospital Quarterly*, 2(2), 22-26.
- Basbaum, A. & Jessell, T. (2000). The perception of pain. In E. Kandel, J. Schwartz, & T. Jessell (Eds.), *Principles of Neural Science* (pp. 472-491). New York: McGraw Hill.
- Belcher, A.E. & Sibbald, R.G. (1998). Mentoring: The ultimate professional relationship. *Ostomy/Wound Management*, 44(4), 76-78.
- Beyer, J. E. & Aradine, C. R. (1986). Content validity of an instrument to measure young children's perceptions of the intensity of their pain. *Journal of Pediatric Nursing Care*, 1(16), 386-395.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.
- Bookbinder, M., Coyle, N., Kiss, M., Goldstein, M.I., Holritz, K., Thaler, H. I. et al. (1996). Implementing national standards for cancer pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12(6), 334-347.
- Brennan, T. A., Herbert, L. E., Laird, N. M., Lawthers, A., Thorpe, K. E., Leape, L. L. et al. (1991). Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. *Journal of the American Medical Association*, 265(24), 3265-3269.
- Briggs, M. & Closs, J. (1999). A descriptive study of the use of visual analogue scales and verbal rating scales for the assessment of postoperative pain in orthopedic patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18(6), 438-446.
- Brignell, A. (2000). Guidelines for developing a pain management program - A resource guide for long term facilities. [Online]. Available: <http://www.lambtoncounty.com/hospice/manualmain.htm>

- Campese, C. (1996). Development and implementation of a pain management program. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 64(6), 931-935.
- Canadian Council on Health Services Accreditation (1995). *Standards for acute care organizations*. Ottawa, Ontario: CCHSA.
- Canadian Pain Society (1998). Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain - A consensus statement and guideline from the Canadian Pain Society. [Online]. Available: www.pulsus.com/Pain/03_04/opio_ed.htm
- Canadian Pharmacists Association (2002). *Compendium of pharmaceuticals and specialities (CPS)*. Ottawa, Ontario: Canadian Pharmacists Association.
- Cherny, N., Chang, V., Frager, G., Ingham, J., Tisco, P., Popp, B. et al. (1995). Opioid pharmacotherapy in the management of cancer pain: A survey of strategies used by pain physicians for the selection of analgesic drugs and routes of administration. *Cancer*, 76(7), 1283-1293.
- Choiniere, M., Melzack, R., Rondeau, J., Girard, N. & Paquin, M.J.(1989). The pain of burns: Characteristics and correlates. *Journal of Trauma*, 29(11), 1531-1539.
- Clarke, M. & Oxman, A. D. (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook 4.0* (updated July 1999) (Version 4.0) [Computer software]. Oxford: Review Manager (RevMan).
- Cleeland, D., Gonin, R., Hatfield, A., Edmonson, J., Blum, R. & Stewart, J. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *New England Journal of Medicine*, 330(9), 592-296.
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G. & Moran, S. (1997). *Appraisal instrument for clinical guidelines*. St.George's Hospital Medical School, England [Online]. Available: <http://www.sghms.ac.uk/depts/phs/hceu/>
- College of Physicians and Surgeons of Alberta (1993). *Guidelines for the management of chronic non-malignant pain*. [Online]. Available: <http://www.cpsa.ab.ca/policyguidelines/painchronic.html>
- College of Physicians and Surgeons of Ontario (2000). *Evidence based recommendations for medical management of chronic non-malignant pain*. [Online]. Available: www.cpso.on.ca
- Comley, A. L. & DeMeyer, E. (2001). Assessing patient satisfaction with pain management through a continuous quality improvement effort. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(1), 27-40.
- Curtis, G., Johnson, G., Clark, P., Taylor, R., Brown, J., Callaghan, R. et al. (1999). Relative potency of controlled-release oxycodone and controlled release morphine in a postoperative pain model. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 55(6), 425-429.
- Davis, D., Thomson, M. A., Oxman, A. D. & Haynes, R. B. (1995). Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *Journal of the American Medical Association*, 274(9), 700-704.
- de Rond, M. E., de Wit, R., van Dam, F. S. & Muller, M. J. (2000). A pain monitoring program for nurses: Effects on communication, assessment and documentation of patients' pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(6), 424-439.
- de Stoutz, N., Bruera, E. & Suarez-Almazor, M. (1995). Opioid rotation for toxicity reduction in terminal cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(5), 378-384.
- Devine, E. C. & Westlake, S. K. (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: Meta-analysis of 116 studies. *Oncology Nursing Forum*, 22(9), 1369-1381.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Doucet, J., Chassagne, P., Trivalle, C., Landrin, I., Pauty, M., Kadri, N. et al. (1996). Drug-drug interactions related to hospital admissions in older adults: A prospective study of 1000 patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(8), 944-948.

- Du Pen, S., Du Pen, A., Polissar, N., Hansberry, J., Miller Kraybill, B., Stillman, M. et al. (1999). Implementing guidelines for cancer pain management: Results of a randomized controlled clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 361-370.
- Edwards, N., Davies, B., Dobbins, M., Griffin, P., Ploeg, J., Skelly, J., & Kuhn, M. (2002). *Evaluation of pilot site implementation. Evaluation summary: Assessment and management of pain*. Ottawa, Canada: University of Ottawa.
- Eisenberg, E., Berkey, C., Carr, D., Mosteller, F. & Chalmers, T. (1994). Efficacy and safety of nonsteroidal antiinflammatory drugs for cancer pain: Meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 12(12), 2756-2765.
- Eland, J.M. & Banner, W. (1992). Assessment and management of pain in children. In M.F. Hazinski (Ed.) *Nursing Care of the Critically Ill Child*. (2nd Ed., pp 79-100). St. Louis; Mosby.
- EPIC/MRA. (October 13,1997). Executive brief: State of pain. Michigan Pain Study - A statewide survey. News Release.
- Ferrell, B. (1991). Pain management in elderly people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(1), 64-73.
- Ferrell, B. & Rhiner, M. (1993). *Managing cancer pain at home*. Duarte, CA: City of Hope National Medical Centre.
- Ferrell, B., Whedon, M. & Rollins, B. (1995). Pain and quality assessment/improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 9(3), 69-85.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Friedman, D. (1990). Perspectives on the medical use of drugs of abuse. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5(Suppl 1), 52-55.
- Glare, P. A., Walsh, T. D. & Pippenger, C. E. (1990). Normorphine, a neurotoxic metabolite? *Lancet*, 335(8691), 725-726.
- Gould, T.H., Crosby, D.L., Harmer, M., Lloyd, S.M., Lunn, J.N., Rees, G. et al. (1992). Policy for controlling pain after surgery: Effect of sequential changes in management. *British Medical Journal*, 305(6863), 1187-1193.
- Grol, R. (1997). Beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal*, 315(7105), 418-421.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 280(2), 147-151.
- Hagen, A. A., Foley, K. M., Cerbone, D. J. & Portenoy, R. K. (1991). Chronic nausea and morphine-6-glucuronide. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6(3), 125-128.
- Hardiman, J. & Limbird, L. (1996). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. (9th ed.) New York: McGraw-Hill.
- Helm, R.D. & Gibson, S.J. (1997). Progress in pain research and management. In T.S. Jensen, J.H. Turner & Z. Wiesenfeld-Hallin (Eds.), *Pain in the Elderly. Proceedings of the 8th World Congress on Pain*.(pp.919-944) Seattle: IASP Press.
- Herndon, C. M., Jackson, K. C. & Hallin, P. A. (2002). Management of opioid-induced gastrointestinal effects in patients receiving palliative care. *Pharmacotherapy*, 22(2), 240-250.
- Hill, J., Bird, H. & Johnson, S. (2001). Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *Annals of Rheumatic Diseases*, 60(9), 869-875.
- Hiraga, K. & Nozaki-Taguchi, N. (2001). Usefulness of the evidence-based medicine supported cancer pain management guideline. *European Journal of Pain*, 5(Suppl A), 103-108.
- Huber, S., Feser, L. & Hughes, D. (1999). A collaborative approach to pain assessment. *Canadian Nurse*, 99(8), 22-26.

- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (2001). Health care guideline: Assessment and management of acute pain. [Online]. Available: <http://www.icsi.org/guide/Pain.pdf>
- International Association for the Study of Pain (1993). Outline curriculum on pain for schools of nursing. [Online]. Available: http://www.iasppain.org/nursing_toc.html#RTFToC1
- Jensen, M. P., Karoly, P. & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods. *Pain*, 27(1), 117-126.
- Johnson, L.R., Cohen, M.Z. & Hull, M.M. (1994). Cultivating expertise in oncology nursing: Methods, mentors, and memories. *Oncology Nursing Forum*, 21(8 Supp), 27-34.
- Jovey, R. D. E. (2002). *Managing pain: The Canadian healthcare professional's reference*. Toronto, Ontario: Healthcare & Financial Publishing, Rogers Media.
- Kahan, M., Mailis, A., Moulin, D., Wilson, L. & Zalter, M. (1999). *Project CREATE: Opioids in the treatment of chronic pain*.
- Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S. B. & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Network*, 12(6), 59-66.
- Librach, S.L. & Squires, B.P. (1997). *The pain manual: Principles and issues in cancer pain*. Toronto: Pegasus Healthcare International.
- Lin, C. C. (2000). Applying the American Pain Society's QA standards to evaluate the quality of pain management among surgical, oncology and hospice inpatients in Taiwan. *Pain*, 87(1), 43-49.
- Lipman, A., Jackson, K. & Tyler, L. (2000). *Evidence based symptom control in palliative care: Systematic reviews and validated clinical practice guidelines for 15 common problems in patients with life limiting disease*. New York: Pharmaceutical Products Press.
- Lomas, J. (1991). Words without action? The production, dissemination and impact of consensus recommendations. *Annual Review of Public Health*, 12, 41-65.
- Lynch, M. (2001). Pain as the fifth vital sign. *Journal of Intravenous Nursing*, 24(2), 85-94.
- Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J.M.Morse, M.Swanson, & A.J.Kuzel (Eds.), *The Nature of Qualitative Evidence* (pp. 28-45). Thousand Oaks: Sage.
- McCaffery, M. & Pasero, C. (1998). *Pain: Clinical manual*. St. Louis: Mosby.
- McGrath, P., Johnson, G., Goodman, J. T., Schillinger, J., Dunn, J. & Chapman, J. (1985). CHEOPS: A behavioural scale for rating postoperative pain in children. In H.L. Fields & et al. (Eds.), *Advances in Pain Research and Therapy* (Vol 9., pp. 395-402). New York: Raven Press.
- McQuay, H. (updated 2002). *Pain and its control*. [Online]. Available: www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/painpag/wisdom/C13.html
- McQuay, H. & Moore, A. (1998). *An evidencebased resource for pain relief*. New York: Oxford University Press.
- McQuay, H. & Moore, R. A. (1997). Antidepressants and chronic pain. *British Medical Journal*, 314(7083), 763-764.
- Melzack, R. & Wall, P. (1996). *The challenge of pain*. New York: Penguin.
- Merboth, M. & Barnason, S. (2000). Managing pain: The fifth vital sign. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 375-383.
- Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. & Malviya, S. (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23(3), 293-297.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Miasakowski, C., Nichols, R., Brody, B. & Synold, T. (1994). Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's quality assurance standards on acute and cancer related pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(1), 5-11.
- Morely, J., Eccelston, C. & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2), 1-13.

- National Health and Medical Research Centre (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [On-line]. Available:www.ausinfo.gov.au/general/gen_hottobuy.htm
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999). Getting evidence into practice. *Effective Health Care*, 5(1), 1-16.
- Ontario Public Health Association (1996). *Making a difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, Ontario: Government of Ontario.
- Pain Research Group (2002). Brief pain inventory (short form). [Online]. Available:www.mdanderson.org/departments/PRG/
- Portenoy, R. K. (1996). Opioid therapy for chronic non-malignant pain: A review of the critical issues. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(4), 203-217.
- Portenoy, P. K. & Kanner, R. M. (Eds.). (1996). *Pain management: Theory and practice*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Porter, J. & Jick, H. (1980). Addiction rare in patients treated with narcotics. *New England Journal of Medicine*, 302(2), 123.
- Price, D. D., Bush, F. M. & Long, S. (1994). A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numeric rating scales. *Pain*, 56(2), 217-226.
- Puntillo, K. (1994). Dimensions of procedural pain and its analgesic management in critically ill surgical patients. *American Journal of Critical Care*, 3(2), 116-122.
- Rawal, N. & Berggren, L. (1994). Organization of acute pain services: A low-cost model. *Pain*, 57(1), 117-123.
- Registered Nurses Association of Ontario (2002). *Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.
- Rischer, J. B. & Childress, S. B. (1996). Cancer pain management: Pilot implementation of the AHCPR guideline in Utah. *Joint Commission on Quality Improvement*, 22(10), 683-700.
- Royal College of Nursing (1999). *Clinical practice guidelines - The recognition and assessment of acute pain in children. Technical report*. London: Royal College of Nursing.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2000). *Control of pain in patients with cancer*. SIGN. [On-line]. Available: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign44.pdf>
- Stevens, B., Johnston, C. & Petryshen, P. (1996). Premature Infant Pain Profile: Development and initial validation. *Clinical Journal of Pain*, 12(1), 13-22.
- Stevens, B., Yamada, J. & Ohlsson, A. (2001). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Sunshine, A., Olson, N., Colon, A., Rivera, J., Kaiko, R., Fitzmartin, R. et al. (1996). Analgesic efficacy of controlled-release oxycodone in postoperative pain. *Journal of Clinical Pharmacology*, 36(7), 595-603.
- Turk, D. C. & Feldman, C. S. (1992). Noninvasive approaches to pain control in terminal illness: The contribution of psychological variables. *Hospice Journal*, 8(1-2), 1-23.
- von Roenn, J. H., Cleeland, C. S., & Gonin, R. (1993). Physician attitudes and practice in cancer pain management: A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Annals of Internal Medicine*, 119(2), 121-126.
- Ward, S. E. & Gordon, D. (1994). Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain*, 56(3), 299-306.
- Watt-Watson, J. H., Clark, A. J., Finley, G. A. & Watson, C. P. N. (1999). Canadian Pain Society position statement on pain relief. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 4(2), 75-78.
- Weisman, D.E., Griffie, J., Muchka, S. & Matson, S. (2000). Building an institutional commitment to pain management in long-term care facilities. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(1), 35-43.

- Wong, D. E. (1995). *Whaley and Wong's nursing care of infants and children*. (5th ed.) St. Louis: Mosby.
- Wong, D. & Baker, C. (2002). *Wong on web: FACES pain rating scale*. [Online]. Available: <http://www.us.elsevierhealth.com/WOW/faces.html>
- World Health Organization (1986). *Cancer pain relief*. (2nd ed.) Geneva: World Health Organization.
- WHO/IASP (1998). *Pain in children with cancer: The World Health Organization - IASP guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Young, D. N. (1999). *Acute pain management research-based protocol*. The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Centre Research Dissemination Core (RDC).
- Zelman, D. C., Cleeland, C. S. & Howland, E. W. (1987). Factors in appropriate pharmacological management of cancer pain: A cross-institutional investigation. *Pain*, 4(Supp), S136.

Bibliografia

- Ad Hoc Committee on Cancer Pain of the American Society of Clinical Oncology (1992). Cancer pain assessment and treatment curriculum guidelines. *Journal of Clinical Oncology*, 10(12), 1976-1982.
- American Academy of Pediatrics & Canadian Paediatric Society (2000). Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics*, 105(2), 454-461.
- American Geriatrics Society (2001). Exercise prescription for older adults with osteoarthritis pain: Consensus practice recommendations. A supplement to the AGS Clinical Practice Guidelines on the management of chronic pain in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(6), 808-823.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management Chronic Pain Section (1997). Practice guidelines for chronic pain management. *Anesthesiology*, 86(4), 995-1004.
- Barahona, P., Azevedo, F., Veloso, M., Estevas, N. & Gallego, R. (2001). Computerising a guideline for the management of diabetes. *International Journal of Medical Informatics*, 64(2-3), 275-284.
- Berry, P. & Dahl, J. (2000). The new JCAHO pain standards: Implications for pain management for nurses. *Pain Management Nursing*, 1(1), 3-12.
- Broome, M. E., Lillis, P. P. & Smith, M. C. (1989). Pain interventions with children: A meta-analysis of research. *Nursing Research*, 38(3), 154-158.
- Canadian Hospice Palliative Care Association Standards Committee (1995). *Palliative Care: Towards a consensus in standardized principles of practice - First phase working document*. Canadian Hospice Palliative Care Association.
- Carroll, D. & Seers, K. (1997). Relaxation for the relief of chronic pain: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27 476-487.
- Cossins, L., Wiles, J., Nurmikko, T., Nash, T., Miles, J. & Wells, C. (2001). Evaluation of treatment efficacy in a large regional pain clinic. *Pain Clinic*, 13(1), 39-53.
- Costello, P., Wiseman, J., Douglas, I., Batten, B. & Bennett, M. (2001). Assessing hospice inpatients with pain using numerical rating scales. *Palliative Medicine*, 15(3), 257-258.
- Cramer, G., Galer, B., Mendelson, M. & Thompson, G. (2000). A drug use evaluation of selected opioid and nonopioid analgesics in the nursing facility setting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(4), 398-404.
- Creamer, P., Lethbridge-Cejku, M. & Hochberg, M. (1999). Determinants of pain severity in knee osteoarthritis: Effect of demographic and psychosocial variables using 3 pain measures. *The Journal of Rheumatology*, 26(8), 1785-1792.
- Dalton, J. A., Brown, L., Carlson, J., McNutt, R. & Greer, B. (1999). An evaluation of facial expression displayed by patients with chest pain. *Heart and Lung*, 28(3), 168-174.
- Daut, R. L., Cleeland, C. & Flanery, R. (1983). Development of the Wisconsin Brief Pain questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*, 17(2), 197-210.
- Davis, D. & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 157(4), 408-416.
- Davis, G. & White, T. (2001). Nursing's role in chronic pain management with older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 16(3), 45-55.
- De Clercq, P. A., Hasman, A., Blom, J. A. & Korsten, H. H. (2001). Design and implementation of a framework to support the development of clinical guidelines. *International Journal of Medical Informatics*, 64(2-3), 285-318.
- de Wit, R., van Dam, F., Landbelt, L., van Buuren, A., van der Heijden, K., Leenhouts, G. et al. (2001). Improving the quality of pain treatment by a tailored pain education programme for cancer patients in chronic pain. *European Journal of Pain*, 5(3), 241-256.

- de Wit, R., van Dam, F., Loonstra, S., Zandbelt, L., van Buuren, A., van der Heijden, K. et al. (2001). The Amsterdam pain management index compared to eight frequently used outcome measures to evaluate the adequacy of pain treatment in cancer patients with chronic pain. *Pain*, 91(3), 339-349.
- Devine, E. C. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling*, 19(2), 129-142.
- Devine, E. C., Bevsek, S. A., Brubakken, K., Johnson, B. P., Ryan, P., Sliefert, M. K. et al. (1999). AHCPR clinical practice guideline on surgical pain management: Adoption and outcomes. *Research in Nursing and Health*, 22(2), 119-130.
- Devine, E. C. & Cook, T. D. (1986). Clinical and costsaving effects of psychoeducational interventions with surgical patients: A meta-analysis. *Research in Nursing and Health*, 9(2), 89-105.
- Ebener, M. K. (1999). Older adults living with chronic pain: An opportunity for improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 13(4), 1-7.
- Fernandez, E. & Turk, D. C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: A meta-analysis. *Pain*, 38 123-135.
- Ferrell, B. A. & Ferrell, B. R. (1991). Principles of pain management in older people. *Comprehensive Therapy*, 17(8), 53-58.
- Ferrell, B. R., Jacox, A., Miaskowski, C., Paice, J. A. & Hester, N. O. (1994). Cancer pain guidelines: Now that we have them, what do we do? *Oncology Nursing Forum*, 21(7), 1229-1231.
- Forbes, D., King, K., Kushner, K., Letourneau, N., Myrick, A. F. & Profetto-McGrath, J. (1999). Warrantable evidence in nursing science. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 373-379.
- Geloo, Z. & Ershler, W. (2001). Treatment and management of cancer in the frail elderly. *Oncology Spectrums*, 2(7), 469-475.
- Giacomini, M. K. & Cook, D. J. (2000a). Users' guides to the medical literature. Qualitative research in health care: Are the results of the study valid? *Journal of the American Medical Association*, 284(3), 357-362.
- Giacomini, M. K. & Cook, D. J. (2000b). Users' guides to the medical literature. Qualitative research in health care: What are the results and how do they help me care for my patients? *Journal of the American Medical Association*, 284(4), 478-482.
- Gloth, F. M. (2001). Pain management in older adults: Prevention and treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(2), 188-199.
- Greenes, R. A., Peleg, M., Boxwala, A., Tu, S., Patel, V. & Shortliffe, E. H. (2001). Sharable computer-based clinical practice guidelines: Rationale, obstacles, approaches and prospects. *Medinfo*, 10(Pt 1), 201-205.
- Herr, K. & Garand, L. (2001). Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 457-478.
- Hill, C. D. (1999). Joint commission focuses on pain management. Media Relations Manager [On-line]. Available: www.jcaho.org
- Hurdon, V., Viola, R., & Schroder, C. (2000). How useful is docosate in patients at risk for constipation? A systematic review of the evidence in the chronically ill. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(2), 130-136.
- Joel, L. (1999). The fifth vital sign: Pain. *American Journal of Nursing*, 99(2), 9. Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (2000). Pain management standards. [Online]. Available: www.jcaho.org/standard/pm
- Kamel, H., Phlavan, M., Malekgoudarzi, B., Gogel, P. & Morley, J. (2001). Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(6), 450-455.
- Kleiber, C. & Harper, DC. (1999). Effects of distraction on children's pain and distress during medical procedures: A meta-analysis. *Nursing Research*, 48(1), 44-49.

- Knott, C., Beyer, J., Villarruel, A., Denyes, M., Erickson, V. & Willard, G. (1994). Using the OUCHER developmental approach to pain assessment in children. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 19 (6), 314-320.
- Lanser, P. & Gesell, S. (2001). Pain management: The fifth vital sign. *Healthcare Benchmarks*, 8(6), 68-70.
- Mays, N. & Pope, C. (1995). Rigour and qualitative research. *British Medical Journal*, 311(6997), 109-112.
- McCarberg, B. & Wolf, J. (1999). Chronic pain management in a health maintenance organization. *The Clinical Journal of Pain*, 15(1), 50-57.
- Meuser, T., Pietruck, C., Radbruch, L., Stute, P., Lehmann, K. & Grond, S. (2001). Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: A longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain*, 93(3), 247-257.
- Milton, C. L. (2000). Contemplating the was, is, and will be. *Nursing Science Quarterly*, 13(1), 18-23.
- Mludek, V., Wolff, A. C., Drings, P., van der Haak, M., Haux, R., Wannernmacher, M. et al. (2001). Integration of clinical practice guidelines into a distributed regional electronic patient record for tumour-patients using XML: A means for standardization of the treatment process. *Medinfo*, 10(Pt 1), 658-662.
- Oerlemans, H. M., Oostendorp, R., De Boo, T., Perez, R. & Goris, R. J. (1999). Signs and symptoms in complex regional pain syndrome Type I/reflex sympathetic dystrophy: Judgement of the physician versus objective measurement. *The Clinical Journal of Pain*, 15(3), 224-232.
- Pasero, C. (1997). Pain ratings: The fifth vital sign. *American Journal of Nursing*, 97(2), 15-16.
- Pereira, J., Lawlor, P., Vigano, A., Dorgan, M. & Bruera, E. (2001). Equianalgesic dose ratios for opioids: A critical review and proposals for long-term dosing. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(2), 672-687.
- Perron, V. & Schonwetter, R. (2001). Assessment and management of pain in palliative care patients. *Cancer Control*, 8(1), 15-24.
- Ramritu, P. L. (2000). Use of the Oucher Numeric and the Word Graphic Scale in children aged 9-14 years with post-operative pain. *Journal of Clinical Nursing*, 9(5), 763-773.
- Randall, G. & Taylor, D. W. (2000). Clinical practice guidelines: The need for improved implementation strategies. *Healthcare Management Forum*, 13(1), 36-42.
- Rimer, B., Levy, M. H., Keintz, M. K., Fox, L., Engstrom, P. F. & MacElwee, N. (1987). Enhancing cancer pain control regimens through patient education. *Patient Education and Counseling*, 10(3), 267-277.
- Sai, S., Fujjii, K., Hiranuma, K., Sato, T. & Nemoto, T. (2001). Preoperative ampiroxicam reduces postoperative pain after hand surgery. *Journal of Hand Surgery*, 26(4), 377-379.
- Sayers, M., Rarando, R., Fisher, S., Aquila, A., Morrison, B. & Dailey, T. (2000). No need for pain. *Journal for Healthcare Quality*, 22(3), 10-15.
- Scrimshaw, S. & Maher, C. (2001). Responsiveness of visual analogue and McGill pain scale measures. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 24(8), 501-504.
- Seers, K. & Carroll, D. (1998). Relaxation techniques for acute pain management: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 466-475.
- Sindhu, F. (1996). Are non-pharmacological nursing interventions for the management of pain effective? A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24 1152-1159.
- Solberg, L. I., Brekke, M. L., Fazio, C. J., Fowles, J., Jacobsen, D. N., & Kottke, T. E. (2000). Lessons from experienced guideline implementers: Attend to many factors and use multiple strategies. *Journal on Quality Improvement*, 26(4), 171-188.
- Suls, J. & Wan, C. K. (1989). Effects of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 372-379.

- Tan, G., Jensen, M., Robinson-Whelen, S., Thornby, J. & Monga, T. (2001). Coping with chronic pain: A comparison of two measures. *Pain*, 90(1-2), 127-133.
- The Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer (1998). The management of chronic pain in patients with breast cancer. *Canadian Medical Association*, 158(3), S71-S83.
- Twycross, G. & Kack, S. (1990). *Therapeutics in terminal cancer*. New York: Churchill Livingstone.
- Watson, P. & Watt-Watson, J. (1999). Treatment of neuropathic pain: Focus on antidepressants, opioids and gabapentin. *Pain Research and Management- The Journal of the Canadian Pain Society*, 4(3), 168-178.
- WCPI Nursing Education Committee (1996). Competency guidelines for cancer pain management in nursing education and practice. [Online]. Available: <http://www.cpsa.ab.ca/policyguidelines/painchronic.html>
- Weiner, D., Peterson, B., Ladd, K., McConnell, E. & Keefe, F. (1999). Pain in nursing home residents: An exploration of prevalence, staff perspectives and practical aspects of measurement. *The Clinical Journal of Pain*, 15(2), 92-101.
- Weiner, D. & Rudy, T. (2001). Are all older adults with persistent pain created equal? Preliminary evidence for a multiaxial taxonomy. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 6(3), 133-141.
- Weiss, S., Emanuel, L., Fairclough, D. & Emanuel, E. (2001). Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *The Lancet*, 357(9265), 1311-1315.
- Wensing, M., van der Weijden, T. & Grol, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: Which interventions are effective? *British Journal of General Practice*, 48(427), 991-997.
- Wilkie, D., Savedra, M. C., Holzemer, W. L., Tesler, M. D. & Paul, S. M. (1990). Use of the McGill pain questionnaire to measure pain: A meta-analysis. *Nursing Research*, 39(1), 36-41.
- Wong, D. & Baker, C. (1988). Pain in children: Comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*, 14(1), 9-17.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilsom, D., Winkelstein, M. L. & Schwartz, P. (2001). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. (6th ed.) St. Louis: Mosby.
- Woodruff, R. (1993). *Palliative Medicine*. Melbourne: Asperula.
- Wright Oliver, J., Kravitz, R., Kaplan, S. & Meyers, F. (2001). Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *Journal of Clinical Oncology*, 19(7), 2206-2212.

Appendice A - Glossario dei Termini Clinici

Agopuntura: Punture in specifiche parti del corpo eseguite con aghi per produrre il sollievo del dolore.

Analgesia Controllata dal Paziente (PCA): L'auto-somministrazione di analgesici da parte di pazienti istruiti a farlo; si riferisce all'auto-dosaggio solitamente con oppioidi endovenosi (per esempio, morfina) somministrati per mezzo di una pompa programmabile, ma può anche riferirsi agli oppioidi orali auto-somministrati nelle istituzioni.

Assuefazione: Assuefazione o dipendenza psicologica riferita all'uso di oppioidi per modificare l'umore, per esempio un effetto psichico, non per il dolore. L'assuefazione è caratterizzata da comportamenti che includono almeno uno di questi: alterato controllo da sovra dosaggio di farmaco, uso compulsivo, uso continuo malgrado il danno e forte desiderio. L'assuefazione non è comune nelle persone curate per trattare il dolore in un setting di cura acuto (< 0,1%) (Friedman, 1990).

Dipendenza fisica: Una risposta fisiologica che può svilupparsi con l'uso cronico di oppioidi la cui sospensione deve essere graduata nell'arco di parecchie settimane per evitare l'astinenza. I pazienti che prendono dosi terapeutiche moderate di oppioidi, quando sospendono il farmaco, generalmente fanno esperienza solo di astinenza moderata, che comprende insonnia, disforia e sintomi simili all'influenza e dolori muscolari, diaforesi e nausea. Altri sintomi comuni includono agitazione, tremori e tachicardia. I sintomi possono durare 5-10 giorni e possono essere minimizzati da una diminuzione graduale durante parecchie settimane (Kahan et al., 1999).

Epidurale: Situato all'interno del canale spinale, sopra o fuori dalla dura madre (la membrana dura che circonda il midollo spinale); i sinonimi sono "extradurale" e "peridurale".

Equianalgesico: Ha uguale effetto sull'abbattimento del dolore: la morfina solfato 10mg per via parenterale è generalmente usata come standard per la comparazione dell'analgesico oppioide.

Farmaco Analgesico Adiuvante: Un farmaco che non è un analgesico primario ma che la ricerca ha mostrato avere proprietà analgesiche indipendenti o aggiuntive.

Linguaggio figurato: Una strategia cognitiva comportamentale che usa immagini mentali come sussidio al rilassamento.

Mioclonie: Gli spasmi generalizzati del muscolo scheletrico spesso associati con elevate dosi di farmaco oppioide; possono segnalare un livello tossico di oppioidi (AHCPR, 1994).

Oppioidi agonisti: Qualsiasi composto simil-morfina che interagisca con i recettori *mu* per produrre analgesia. Sebbene non vi sia un limite o una dose massima che possa essere data, se questa viene dosata, possono essere limitati gli effetti avversi degli oppioidi. Gli effetti avversi comprendono la costipazione, la nausea e la sedazione con le dosi iniziali e/o crescenti, e raramente, la depressione respiratoria, se la titolazione è inadeguata. Mentre la tolleranza alla nausea ed alla sedazione si sviluppa in breve tempo, la costipazione deve essere sempre controllata quando vi è una regolare somministrazione di oppioidi

Oppioide agonista-antagonista: Gli agenti misti agonisti-antagonisti quale la pentazocina (Talwin) non sono raccomandati per la gestione del dolore. Se somministrati a individui oppioide-dipendenti, questi agenti spostano gli oppioidi dal recettore *mu* con conseguente astinenza e dolore..

Oppioide antagonista: un oppioide antagonista come il naloxone non produce una risposta analgesica. È usato per invertire gli effetti tossici degli agonisti (*a parte la meperidina che potenzia*

il relativo metabolita normeperidina) e per miscelare gli agonisti/antagonisti (Hardiman & Limbird 1996)

Oppioide vs "narcotico" vs "oppiato": OPPIOIDE è il termine preferito usato per l'analgesia e si riferisce ai farmaci usati per la gestione del dolore quale morfina, oxycodone e codeina. "Narcotico" è un termine usato dai media e dalle istituzioni preposte all'applicazione della legge per riferirsi a grandi varietà di farmaci, di cui si fa potenzialmente abuso e uso illecito per la strada. Alcuni di questi, es. la cocaina, non sono analgesici. Gli "OPPIOIDI" includono tutti gli analgesici, naturali e sintetici, e quindi dovrebbero essere usati al posto degli "oppiati" che si riferiscono soltanto a quegli analgesici alcaloidi prodotti dal papavero **Oppioide antagonista:** un oppioide antagonista come il naloxone non produce una risposta analgesica. È usato per invertire gli effetti tossici degli agonisti (*a parte la meperidina che potenzia il relativo metabolita normeperidina*) e per miscelare gli agonisti/antagonisti (Hardiman & Limbird 1996).

Rilassamento: Una condizione di relativa libertà sia da ansia sia da tensione dei muscoli scheletrici.

Sedazione Cosciente: "Sedazione leggera" durante la quale il paziente mantiene i riflessi delle vie aeree e risponde a stimoli verbali.

Tens: Un metodo di produrre l'elettroanalgesia tramite gli elettrodi applicati sulla pelle.

Titolazione: La graduale diminuzione o aumento del farmaco per ridurre o eliminare la sintomatologia mentre si permette al corpo di adattarsi agli effetti secondari o alla tossicità dei farmaci (AHCPR, 1994).

Tolleranza: Si riferisce alla necessità di più elevati dosaggi di farmaco per mantenere lo stesso effetto. La tolleranza agli effetti analgesici degli oppioidi generalmente si sviluppa lentamente e le persone spesso sono in grado di mantenere a lungo la stessa dose. La tolleranza agli effetti non-analgesici degli oppioidi, come la nausea e un senso di appannamento mentale, solitamente possono ricorrere per giorni o settimane. La tolleranza alla costipazione non si verifica mai pertanto la prevenzione deve essere compresa nel trattamento dell'oppioide (Kahan et al., 1999).

World Health Organization (WHO) Ladder (Scala Analgesica dell'OMS): Una guida schematica per determinati tipi di analgesici richiesti in base all'intensità del dolore. I farmaci sono stati scelti in modo che qualsiasi paese del mondo possa incontrare l'approccio suggerito (AHCPR, 1994).

Appendice B- Strumenti di Valutazione del Dolore per Neonati, Bambini e Adolescenti:

Pain Assessment Tool	Reference
Premature Infant Pain Profile (PIPP)	Stevens, B., Johnston, C. & Petryshen, P. (1996). Premature infant pain profile: Development and initial validation. <i>Clinical Journal of Pain</i> , 12(1), 13-22.
Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)	Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S. & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. <i>Neonatal Network</i> , 12(6), 59-66.
FLACC	SEE SAMPLE 1 Merkel, S.I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J.R. & Malviya, S. (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. <i>Pediatric Nursing</i> , 23(3),

	293-297.
Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)	SEE SAMPLE 2 McGrath, P.J., Johnson, G., Goodman, J.T., Schillinger, J., Dunn, J. & Chapman, J. (1985). CHEOPS: A behavioural scale for rating postoperative pain in children. In Fields, H.L et al. (Eds.), <i>Advances in pain research and therapy</i> , (Vol 9., pp. 395-402). New York: Raven Press.
Wong-Baker Faces Scale	Available online: http://www.us.elsevierhealth.com/WOW/faces.html Translations of the Wong-Baker Faces Scale: http://www.us.elsevierhealth.com/WOW/facesTranslations.html
OUCHER	Beyer, J.E. & Aradine, C.R. (1986). Content validity of an instrument to measure young children's perceptions of the intensity of their pain. <i>Journal of Pediatric Nursing Care</i> , 1(16), 386-395.

Esempio 1 – Scala FLACC

Categorie	Punteggio		
	0	1	2
Faccia	Senza espressione o sorriso particolari.	Smorfie occasionali o accigliato, assente, disinteressato.	Da frequente a costante tremore del mento, mandibola serrata.
Gambe	Posizione normale o rilassata.	Preoccupato, irrequieto, teso.	Dà dei calci o solleva le gambe.
Attività	Sta tranquillamente coricato, posizione normale, si muove facilmente.	Si contorce, si sposta avanti e indietro, teso.	Inarcato, rigido o con scatti.
Pianto	Non piange (sveglio o addormentato).	Piagnistei o gemiti; proteste occasionali.	Grida costantemente, urla o singhiozza, proteste frequenti.
Consolabilità	Contento, rilassato.	Rassicurabile con contatti occasionali, con l'abbraccio o con la parola, distraibile	Difficoltà a consolarlo o a confortarlo.

Ognuna delle cinque categorie (F) faccia; (G) gambe; (A) attività; (P) pianto; (C) consolabilità ha un punteggio da 0 - 2, con un risultato totale fra lo zero e dieci.

Reprinted from *Pediatric Nursing* (1997) 23(3), pp 293-297. Reprinted with permission of the publisher, Jannetti

Publications, Inc., East Holly Avenue Box 56, Pitman, NJ 08071-0056; Phone (856) 256-2300; FAX (856) 589-7463.

For a sample copy of the journal, please contact the publisher

Esempio 2 – Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)
(Scala del Dolore dell’Ospedale Pediatrico Eastern Ontario)

Item	Comportamento	Punteggio	Definizione
Pianto	Non pianto	1	Il bambino non piange.
	Gemiti	2	Il bambino geme o vocalizza in modo quieto, piange in silenzio.
	Pianto	2	Il bambino piange in modo sommesso o piagnucola.
	Urla	3	Il bambino piange a pieni polmoni; singhiozza; può essere annotato se con o senza proteste.
Espressione facciale	Composto	1	Espressione facciale neutrale.
	Con smorfie	2	Annotare solo se l’espressione facciale è definita negativa.
	Sereno	0	Annotare solo se l’espressione facciale è definita positiva
Bambino – verbale	Nessuna manifestazione	1	Il bambino non parla
	Reclami diversi	1	Il bambino si lamenta, ma non circa il dolore, es. “Io voglio vedere la mia mamma” o “Io ho sete”
	Reclama per il dolore	2	Il bambino si lamenta circa il dolore.
	Reclama per entrambi	2	Il bambino si lamenta circa il dolore e per altre cose, es. “Mi fa male, voglio la mamma”.
	È positivo	0	Il bambino fa dichiarazioni positive o parla di altre cose senza lamentarsi.
Torso	Neutrale	1	Il corpo (non gli arti) è fermo; il tronco è inattivo
	Spostamenti	2	Il corpo è in movimento con spostamenti tortuosi
	Tensione	2	Il corpo è inarcato o rigido
	Tremiti	2	Il corpo ha tremiti o scosse involontarie
	Eretto	2	Il bambino è in verticale o in posizione eretta
	Controllato	2	Il corpo è controllato
Tocco	Non tocca	1	Il bambino non tocca o non gratta la ferita
	Allunga la mano	2	Il bambino allunga la mano, ma non tocca la ferita
	Tocca	2	Il bambino riesce a toccare dolcemente la ferita o la zona della ferita. Il bambino gratta vigorosamente la ferita

	Gratta	2	Il bambino controlla le braccia
	Controlla	2	
Gambe	Neutrali	1	Le gambe possono essere in qualunque posizione ma sono rilassate; possono esserci blandi movimenti come di nuoto o di contorsione.
	Si contorcono/ calciano	2	Disagio definitivo o movimenti agitati delle gambe e/o colpi con uno o entrambi i piedi
	Alzate/irrigidite	2	Gambe irrigidite e/o alzate strette al corpo e mantenute là
	Erette	2	Bambino in piedi, accovacciato o inginocchiato
	Controllato	2	Bambini con le gambe che sostengono

Reprinted with permission.

Appendice C - Esempi di domande per la baseline della valutazione del dolore

Identificazione della sede del dolore

Domanda: Dov'è il dolore? E' in più di una sede?

Identificare le caratteristiche PQRST:

P – fattori **P**rovocanti e precipitanti, fattori allevianti)

Domanda:

- *Che cosa peggiora il suo dolore?*
- *Che cosa migliora il suo dolore?*
- *Che trattamento ha precedentemente provato per alleviare il dolore?*
- *È stato efficace?*

Q - **Q**ualità del dolore (per esempio bruciante, acuto, torturante, pungente, lanciaante):

Domanda:

- *Che cosa dà sollievo al suo dolore?*
- *Che parole userebbe per descrivere il suo dolore?*

R – **R**adiazione

Domanda:

- *Il dolore si muove ovunque?*

S – **S**everità (uso appropriato di una scala d'intensità - vedere appendice E)

Domanda:

- *Su una scala da 0 - a 10, in cui zero corrisponde all'assenza di dolore e dieci al dolore massimo immaginabile, a quanto corrisponde ora?*
- *Quanto fa male il dolore al peggio?*
- *Quanto fa male il dolore al meglio?*

T – **T**empo

Domanda:

- *Quando è iniziato il dolore?*
- *Quanto spesso si manifesta?*
- *Si è modificata l'intensità?*
- *Da quanto tempo dura?*

Identificare gli effetti del dolore sulle funzioni e sulle attività di vita giornaliere.

Appendice D - Domande supplementari per la valutazione del dolore

Effetto e comprensione della malattia corrente

Domanda:

- *Che cosa capisce sul motivo per cui sta provando dolore?*

Significato del dolore

Domanda:

- *Che preoccupazioni ha circa il suo dolore?*

Tipiche risposte dei pazienti per far fronte allo stress ed al dolore.

Domanda:

- *Che aiuto le serve per occuparsi del suo dolore?*

Effetti economici del dolore e del suo trattamento

Domanda:

- *Questo dolore la colpisce dal punto di vista finanziario e le crea delle preoccupazioni rispetto ai costi dei farmaci, etc.?*

Stress causato dal dolore

Domanda:

- *Quant'è l'impatto che questo dolore ha avuto su di lei?*
- *Quant'è l'effetto che questo dolore ha avuto sulla relazione con gli altri?*
- *Quant'è l'impatto che questo dolore ha sulle sue attività usuali?*

Preoccupazioni riguardo l'uso di oppioidi, ansiolitici o altri farmaci

Domanda:

- *Ha dei timori o delle preoccupazioni circa l'uso di oppioidi o di qualunque altro farmaco per il dolore?*

Per ulteriori domande fare riferimento all'Inventario Breve del Dolore (Appendice E – 8)

Appendice E - Strumenti per la valutazione del dolore negli adulti

Esempio 1 - Visual Analogue Scale (VAS)

Esempio 2 - Numeric Rating Scale (NRS)

Esempio 3 - Verbal Scale

Esempio 4 - Facial Grimace & Behaviour Flow Charts

Esempio 5 - Pain Assessment Tool and Key for Pain Assessment Tool

Esempio 6 - Communication Worksheet for Pain Management Orders

Esempio 7 - Calgary Interagency Pain Assessment Tool

Esempio 8 - Brief Pain Inventory

Esempio 1 - Visual Analogue Scale (VAS)



Nessun dolore

Massimo dolore possibile

Il paziente indica l'intensità di dolore su una linea di 10cm. contrassegnata da **nessun dolore** ad un'estremità e da **massimo dolore possibile** all'altra estremità.

Esempio 2 - Numeric Rating Scale (NRS)



Il paziente indica l'intensità del dolore su una scala da 0 a 10.

Esempio 3 - Verbal Scale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nessun Dolore **Dolore lieve** **Dolore moderato** **Dolore severo** **Dolore molto severo** **Peggior dolore possibile**

Il paziente valuta il dolore su una scala verbale, es. "Nessun dolore", "Dolore lieve", "Dolore moderato", "Dolore severo", "Dolore molto severo" o "Peggior dolore possibile".

Esempio 4 - Facial Grimace & Behaviour Checklist Flow Charts

Nome: _____ Sveglia Addormentato Ora _____

					
0	2	4	6	8	10
Nessun Dolore	Dolore lieve	Disagio	Sofferenza	Dolore tremendo	Dolore atroce

Farmaco per il dolore regolarmente assunto _____ Farmaco adiuvante/PRN _____

Mese:

Data o ora														
Punteggio "facial"														
10														
8														
6														
4														
2														
0														
Farmaco PRN														

Punteggio alla Facial Grimace: La scala delle espressioni facciali giudica il livello di dolore (da 0 a 10 sulla sinistra) come valutato dal caregiver che osserva le espressioni facciali dell'assistito. La valutazione è fatta una o più volte al giorno (sono indicati 14 giorni). Questa valutazione del grado di disagio dovrebbe essere fatta alla stessa ora ogni giorno e durante lo stesso livello di attività. **Annotare se viene dato il farmaco adiuvante/PRN; sì (s), no (n) o dosaggio.**

Behaviour Checklist (Checklist comportamentale)

10-sempre 8-frequentemente 6-spesso 4-occasionalmente 2-raramente 0-mai

Data o ora														
COMPORTAMENTO														
mangia male														

Teso					
quieto					
indica dolore					
grida					
cammina					
respira rumorosamente					
dorme male					
picks					
farmaco PNR					

Checklist comportamentale: i cambiamenti del comportamento possono essere usati per valutare il dolore o la sofferenza e quindi valutano l'efficacia degli interventi. Nella parte superiore del grafico si può notare che, quando è stato osservato un comportamento specifico, questo può essere valutato da 10 (sempre) a 0 (mai). I comportamenti che vengono valutati e notati per oltre 24 ore sono elencati nella colonna di sinistra. Sono annotati 9 comportamenti differenti per oltre 14 giorni. Il caregiver può espandere la checklist, per esempio, dondolamenti, grida, ecc.

Annotare se viene dato farmaco adiuvante/PRN. Entrambi gli strumenti possono essere adattati per un uso individuale.

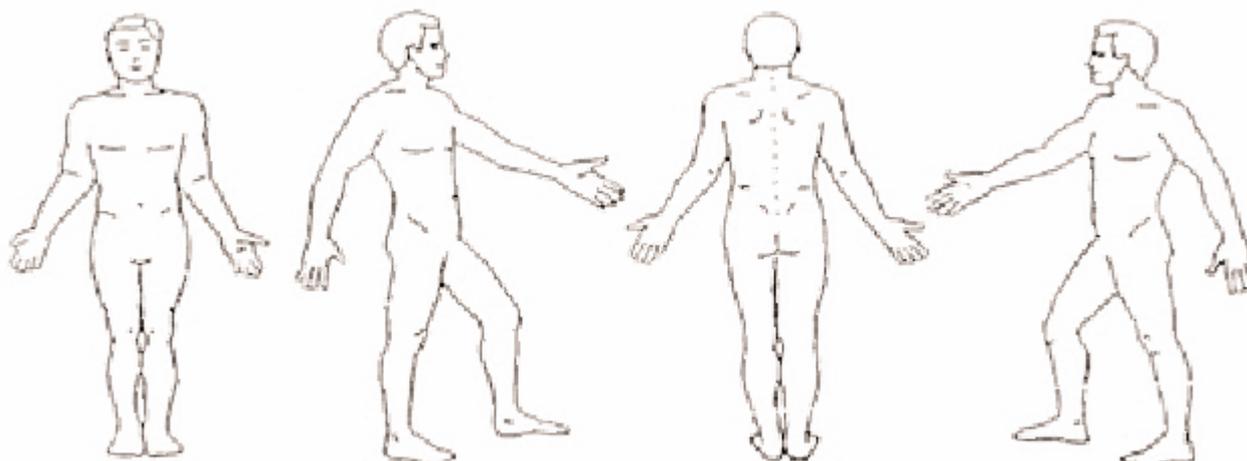
(la Facial Grimace & Behaviour Checklist è usata con permesso del Joseph's Health Centre, Sarnia Palliative Care Research Team.)

Stampata con il permesso di Brignell, A. (ed) (2000). *Guideline for developing a pain management program. A resource guide for long-term care facilities, 3rd edition.*

Esempio 5 - Pain Assessment Tool (Strumento per la Valutazione del Dolore)

Data della Valutazione: _____ Nome: _____

Localizzazione del dolore: Usare le lettere per identificare dolori differenti.



Intensità: Utilizzare lo strumento per il dolore appropriato per valutare il dolore soggettivamente/oggettivamente su una scala 0-10.

Localizzazione	Dolore A	Dolore B	Dolore C	Altro
Qual è il livello attuale del suo dolore?				
Che cosa migliora il dolore?				
Qual è il livello del dolore minimo?				
Che cosa rende peggiore il dolore?				
Qual è il livello del dolore massimo?				
Il dolore è continuo o intermittente (viene e va) ?				
Quando è cominciato questo dolore?				
Quale pensa sia la causa di questo dolore?				
Quale livello di dolore è soddisfacente?				

Qualità: Indicare le parole che descrivono il dolore usando la lettera identificativa del dolore (A, B, C).

- Dolente Pulsante Pungente Lancinante Torturante
- Acuto Bruciante Iperestesico Spossante Affaticante
- Penetrante Paralizzante Vessante Martellante Avvilente
- Insopportabile Pungente Come da strimonto Come da strappo Altro _____



Originalmente adattato dal Grey Bruce Palliative Care/Hospice Association Manual. Stampato con permesso. Brignell, A. (ed) (2000). *Linea guida di riferimento per sviluppare un programma di gestione del dolore*. Una guida per facilitare la cura nella lungo degenza, 3rd edizione.

Esempio 5 – Pain Assessment Tool (cont) - Strumento per la Valutazione del Dolore

Effetti del dolore sulle attività di vita quotidiana	si	no	Commenti
Dorme e riposa			
Attività sociali			
Appetito			
Attività fisiche e mobilità			
Emozioni			
Sessualità -intimità			

Effetti del dolore sulla qualità di vita: (felicità, contentezza, appagamento)

Che cosa, fra le cose desiderate, non può fare, o quale attività migliorerebbe la qualità di vita dell'assistito? _____

Farmaci attuali ed uso: _____

Supporto familiare: _____

Sintomi:

Quali altri sintomi state provando?

Costipazione Nausea Vomito Stanchezza Insonnia
Depressione Respiro corto Bocca ulcerata Debolezza Sonnolenza
Altro _____

Comportamenti:

Di quali comportamenti avete fatto esperienza?

Urla È agitato Fa resistenza al movimento Non mangia Cammina
Non dorme È assente Respira rumorosamente Si dondola Altro _____

Nel passato ha fatto esperienza di un grado significativo di dolore? Come lo ha gestito?

Non c'è niente altro che lei possa dirci che ci permetta di lavorare insieme nella gestione del suo dolore?

Diagnosi Infermieristica del Dolore:

Nocicettivo Viscerale Neuropatico Dolorante Dolore episodico
Somatico Spasmo muscolare Innalzamento della pressione intracranica

Lista dei problemi: (aggiungere al programma di cura dell'assistito)

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Firma: _____ Data: _____

Originalmente adattato col permesso di Grey Bruce Palliative Care/Hospice Association Manual.
Ristampato con permesso. Brignell, A. (ed) (2000). *Guideline for developing a pain management program. A resource guide for long-term care facilities*, 3rd edition.

ESEMPIO 5 - Chiave per lo strumento di valutazione del dolore

Localizzazione del dolore:

Come indicato, sentire il paziente, o se necessario, si può mettere la lettera "A" sulla parte del corpo in cui il soggetto avverte la sensazione di dolore. Se il dolore parte e ad un certo punto poi si muove, è possibile indicare la direzione e il limite dello spostamento del dolore con una freccia. Se sembra che possa esserci una seconda o terza localizzazione del dolore, usare le lettere "B" e "C".

Intensità:

Il soggetto sarà invitato a rispondere alle domande nella tabella e contemporaneamente a correlarle ad ogni dolore identificato. Lo strumento preferito del dolore è la scala da 0 a 10. Se il soggetto trova che questa lo possa confondere o non è in grado di compilarla, usare la scala delle smorfie facciali come misura obiettiva.

Qualità:

Superare ogni posizione di dolore per identificare i descrittori adatti dalla lista, oppure, se l'assistito descrive con un termine diverso, registrarlo di lato alla voce "altro". Indicare la lettera, corrispondente alla posizione del dolore descritta, di lato alle parole descrittive.

Effetti di dolore sulle attività della vita quotidiane (ADL's):

Si desidera scoprire se qualsiasi dolore identificato nella sezione "localizzazione del dolore" e "intensità" influiscono sulle attività di vita quotidiana elencate. Segnare "sì" o "no".

Se il dolore sta causando un problema nelle ADL's, indicare nella colonna dei commenti quale problema il dolore sta causando.

Se il dolore non sta causando un problema nell'attività, ma il soggetto esprime una difficoltà a causa di un altro problema o di un sintomo, non lo si dovrebbe segnare, ma includere un commento per elaborarlo.

È inoltre importante sapere se il soggetto sente l'aiuto, necessario per alcune delle attività identificate, come un problema o se è soddisfatto di convivere con il problema stesso. Se il soggetto desidera l'aiuto, questo allora potrebbe suggerire la necessità di inviarlo in consulenza alla persona adatta.

Le seguenti sono alcune domande e/o punti supplementari che possono essere utili quando si chiedono notizie sulle zone specifiche delle ADL. Inoltre, è possibile includere *richieste di consulenza a professionisti, che sono esperti in aree differenti.

ESEMPIO 5 - Chiave per lo strumento di valutazione del dolore (cont.)

1. Sonno e posizione:

Domanda - Quante volte vi svegliate nella notte? Quante notti nella settimana? Quale notte è buona o cattiva? In che posizione dormite? Utilizzate dei dispositivi di posizionamento speciali? Li avete provati nel passato? Hanno funzionato?

*OT/PT/RN/DR/PC/SW

2. Attività sociali:

Incluso lo svago (hobby), attività di ricreazione, shopping.

*OT/SW/Volontari.

3. Appetito:

Numero e quantità di pasti assunti. Preferenze alimentari, spuntini, un esempio di come ciascuno potrebbe aiutare.

*Dietista

4. Attività fisica e mobilità:

Muoversi a letto; trasferimenti dal letto, dalla sedia, dal bagno; fare le scale; camminare; altri esercizi; sport; cura personale; fare il bagno, vestirsi, mettersi in ordine, mangiare; gestione del farmaco.

*OT/RN

5. Emozioni:

Ogni cambiamento che consegue al dolore, se è così, è questo che interferisce significativamente con le attività di modo che l'intervento sarebbe utile.

*SW/PC/Volontari

6. Sessualità e intimità:

Il dolore determina una significativa riduzione del desiderio sessuale/di intimità o rende il movimento fisico richiesto troppo doloroso? In entrambi i casi, questo costituisce una preoccupazione per il soggetto?

*SW/PT/OT/RN/DR

Effetti del dolore sulla qualità di vita:

Questo può essere un argomento di prova molto difficile da descrivere, ed è il motivo per il quale sono stati inclusi alcuni descrittori per aiutare il soggetto: felicità, contentezza e realizzazione. Fare indicare al soggetto quale attività, è per lui importante, non può più essere fatta a lungo. Chiedere come possiamo essere di aiuto.

Farmaci attuali ed utilizzo:

Includere tutti i farmaci e come sono stati prescritti; dosaggio, orari, numero di compresse, farmaco regolare o PRN, effetti secondari, come usare in modo efficace la scala da 0 a 10.

Supporto della Famiglia:

Può essere chiunque che è coinvolto nella vita del soggetto ed è riconosciuto dal soggetto come "una persona significativa".

Sintomi:

Fare identificare al soggetto tra i sintomi elencati quali stanno avendo un impatto sulla sua qualità di vita. Esaminare quelli appropriati.

Comportamento:

Fare identificare al soggetto, se possibile, i comportamenti disturbanti e/o un consulente che identificherà e controllerà il comportamento esibito.

Dolori precedenti:

Fare descrivere al soggetto l'episodio doloroso ed i metodi da lui adottati per fronteggiarlo.

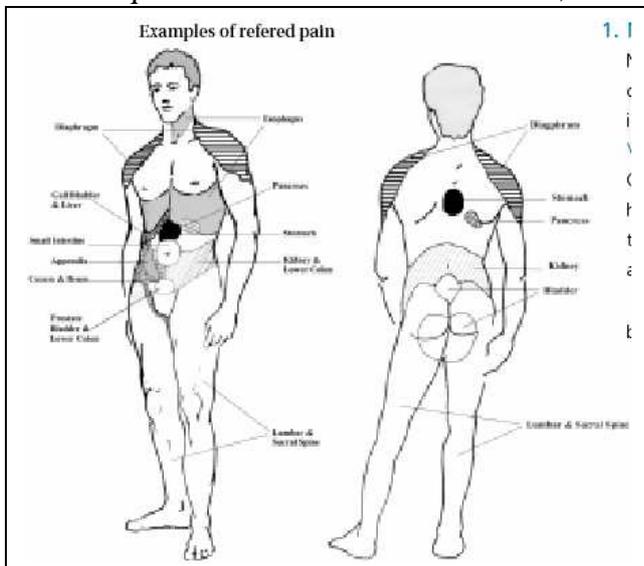
Diagnosi infermieristica del dolore:

Considerare tutte le informazioni ricavate dalla valutazione, identificare uno o più dolori.

Assegnare la lettera corrispondente per collegarla al dolore identificato nella sezione "Posizione del dolore".

Diagnosi del dolore:

Ci sono quattro classificazioni del dolore; dolore nocicettivo, dolore neuropatico, dolore misto e dolore di origine sconosciuta.



Illustrated by: Nancy A. Bauer, BA, Bus. Admin., RN, ET

Reference: [(Phipps, Long & Wood, 1995), cited in McCance & Huether, 1998; Venes, D. 1997]

1. Nocicettivo:

Il dolore nocicettivo è causato da danno dei tessuti dovuto a pressione, infiltrazione o distruzione a causa di una identificabile lesione viscerale o somatica.

Viscerale:

Costante, acuto, dolente, dolore scarsamente localizzato che ha un graduale inizio spesso sentito distante dall'origine.

- Visceri solidi (es. fegato, pancreas)
 - Se intenso, può essere tagliente penetrante
- Visceri vuoti (es. vescica intestino)
 - dolore diffuso o tipo coliche

- sensazione di pressione o di pienezza causata da blocco di un “tunnel” precedentemente aperto.
- Nel caso di visceri toracici si può avere respiro corto o tosse; nel caso di visceri addominali può esserci distensione dell’addome, nausea, vomito.

Somatico:

Costante sordo o dolente, solitamente ben localizzato, peggiora durante il movimento o quando fa da cuscinetto al peso se presente nella pelvi, anca, femore, articolazioni o colonna vertebrale.

- metastasi ossee
- invasione della pelle o ulcerazione
- invasione dei muscoli, masse dei tessuti molli
- fratture patologiche
- osteo artrite e altre malattie distruttive dell’osso
- può essere presente nella schiena e nelle spalle se coinvolge T1

Rialzo della pressione intracranica:

- tumore cerebrale
- carcinoma meningeo

2. Neuropatico:

Il dolore neuropatico è causato da pressione, invasione o distruzione dei tessuti nervosi periferici o centrali, che portano a complessi ed anomali processi neuronali del midollo spinale o del talamo che producono il dolore continuo.

- invasione e distruzione del plesso lombosacrale o brachiale
- compressione del midollo spinale
- dolore che spesso precede la perdita di sensibilità e di mobilità
- dolore acuto, tagliente con variabilità da costante a intermittente
- compressione specifica della radice del nervo che può causare dolore cutaneo
- danno progressivo che può risultare in dolore bruciante superficiale
- può provocare iperparestesia, disastesia, progressiva perdita motoria e di sensoriale
- può avere modifiche vasomotorie

3. Misto:

Il dolore misto in molti casi è una combinazione di dolore nocicettivo e neuropatico.

- invasione tumorale del pancreas con l’espansione nelle vertebre e loro distruzione e compressione del midollo spinale.

4. Sconosciuto:

Dolore persistente, la causa del quale non è determinabile tramite la storia e le indagini.

- può essere descritto con tutti i descrittori verbali attuali
- se le indagini sono inconcludenti, il paziente spesso non viene creduto
- è solitamente sotto trattamento
- può essere debilitante
- la lunga sofferenza può condurre a depressione

Lista dei problemi

Usando il “Pain Assessment Tool” cerchiare la diagnosi del dolore ed elencarla nel piano di cura. Se viene identificato un problema che non è tale per il soggetto, è importante accertare che il soggetto sia d’accordo e capisca perché questo è un problema. Questa è una lista aperta. Datare regolarmente ogni problema una volta che viene identificato e risolto.

Obiettivi e piani:

Dalla lista dei problemi, il soggetto crea gli obiettivi e si lavora insieme per identificare gli interventi. È importante includere chi nello specifico farà che cosa ed a chi il soggetto farà riferimento. Inoltre, includere quale misura di risultato verrà usata per rivalutare l'obiettivo, per esempio la scala analogica da 0 -10, e quale strumento si potrà utilizzare se, oltre al dolore, è presente qualcos'altro, per esempio 0 = no nausea, 10 = peggiore nausea immaginabile; oppure i punteggi derivati dalla checklist comportamentale.

Includere quando si prevede di dare corso ai piani e quando si rivaluterà l'obiettivo.

Assicurarsi di firmare e datare ogni nuovo dato.

Originalmente adattato col permesso di Grey Bruce Palliative Care/Hospice Association Manual. Reprinted with Permission. Brignell, A. (ed) (2000). *Guideline for developing a pain management program. A resource guide for long-term care facilities*, 3rd editino

Esempio 6 - Foglio di lavoro per la comunicazione degli ordini di gestione del dolore

Valutazione del Dolore per: _____ **Medico:** _____

Diagnosi di Dolore: _____ **Data:** _____

Localizzazione del/i dolore/i: _____

Controllare il descrittore: _____

Dolente	<input type="checkbox"/>	Pulsante	<input type="checkbox"/>	Lancinante	<input type="checkbox"/>	Pungente	<input type="checkbox"/>	Acuto	<input type="checkbox"/>
Bruciante	<input type="checkbox"/>	Torturante	<input type="checkbox"/>	Sordo	<input type="checkbox"/>	Formicolante	<input type="checkbox"/>	Iperestesico	<input type="checkbox"/>

Comportamento del soggetto:

Grida	<input type="checkbox"/>	Agitato	<input type="checkbox"/>	Resiste al movimento	<input type="checkbox"/>	Non mangia	<input type="checkbox"/>
Cammina su e giù	<input type="checkbox"/>	Si dondola	<input type="checkbox"/>	Non dorme	<input type="checkbox"/>	Si ritrae	<input type="checkbox"/>

Intensità (0 -10) cerchiare il numero corrispondente al dolore:

niente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maggiore

Esempio: continuo intermittente nuovo dolore vecchio dolore

Se è un nuovo dolore, da quanto tempo è presente? _____

Che cosa lo migliora? _____ **lo peggiora?** _____

Effetto sulle ADL's: _____ **Supporto della famiglia?** _____

Percezione del soggetto rispetto alla causa del dolore: _____

Obiettivo del soggetto per controllare il dolore: (punteggio numerico) _____ (attività) _____

Farmaci, dosaggio e numero totale di dosi di tutti i farmaci analgesici assunti nelle ultime 24 ore: (per esempio PRN, terapia d'attacco e routine) p.e. Tylenol # 3®, Morfina [rilascio immediato], MS contin® [a lunga azione].) _____

Farmaci, dosaggio e numero totale di dosi di tutti i farmaci analgesici assunti nelle ultime 24 ore: (p.e. PRN, terapia d'attacco e routine) (p.e. piano del Naproxin®, Elavil®, Ativan®, Graval®, Tylenol®) _____

Interventi non-farmacologici sperimentati nel passato: _____

Suggerimenti per i cambiamenti gestionali: _____

Nuovi metodi/dosaggi/intervalli _____ **discontinui:** _____

Altro: _____

12. Il dolore o il suo trattamento hanno prodotto altri effetti?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Sonnolenza |
| <input type="checkbox"/> Pensiero non lucido | <input type="checkbox"/> Costipazione |
| <input type="checkbox"/> Vertigini | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Ansia | <input type="checkbox"/> Alterazioni dell'umore |
| <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> Perdita di appetito |
| <input type="checkbox"/> Altro (Descriva qua sotto) | |
-

Parte II – Valutazione del Paziente (Incorporare questi dati nel programma di assistenza paziente/famiglia)

Valutare come il dolore influenza la vita del paziente. (es. finanze, lavoro, rapporti con la famiglia)

Valutare come il dolore influenza le attività quotidiane del paziente. (es. fare il bagno, essere operosi, dormire, mangiare, camminare)

Altre informazioni rilevanti per questi problemi correlati al dolore. (es. valutazione oggettiva, finzione, difesa, smorfie, segni vitali)

Data _____ **Firma** _____

Parte III – Dimettere o riportare

Completare la sintesi della dimissione includendo:

- **Storia del dolore**
 - **Trattamento nel corso del tempo**
 - **Consultazioni rilevanti del dolore**
-
-

Data _____ **Firma** _____

Reprinted with permission of Calgary Health Region.

Reference: Huber, S., Feser, L. & Hughes, d. (1999). A collaborative approach to pain assessment.

Canadian Nurse, 95(8), 22-26.

Esempio 8 - Brief Pain Inventory (BPI)

Il Brief Pain Inventory (Inventario Breve del Dolore) è disponibile in versione breve (assistenza per acuti, dipartimenti d'emergenza) e in versione lunga (dolore persistente o cronico). La forma breve è riportata qui come esempio.

Il Brief Pain Inventory è stato convalidato in almeno 7 lingue differenti esaminando la coerenza relativa ai suoi due fattori strutturali (fattori: severità ed impatto del dolore).

- | | | |
|------------|-----------|------------|
| ▪ Cinese | ▪ Tedesco | ▪ Hindi |
| ▪ Francese | ▪ Greco | ▪ Italiano |

- Giapponese
- Spagnolo
- Taiwanese
- Vietnamita

Sono in corso studi di validazione per le versioni tradotte in altre lingue. Per maggiori informazioni, copie del Brief Pain Inventory (versioni lunghe e abbreviate) e riferimenti per le versioni tradotte di questo strumento, visitare: <http://www.mdanderson.org/departments/PRG/120>

Brief Pain Inventory (**BPI**)

7. What treatments or medications are you receiving for your pain?

8. In the last 24 hours, how much relief have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much relief you have received.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
No Complete
Relief Relief

9. Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with your:

A. General Activity

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Completely
Interfere Interferes

B. Mood

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Completely
Interfere Interferes

C. Walking Ability

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Completely
Interfere Interferes

D. Normal Work (includes both work outside the home and housework)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Completely
Interfere Interferes

E. Relations with other people

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Completely
Interfere Interferes

F. Sleep

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Completely
Interfere Interferes

G. Enjoyment of life

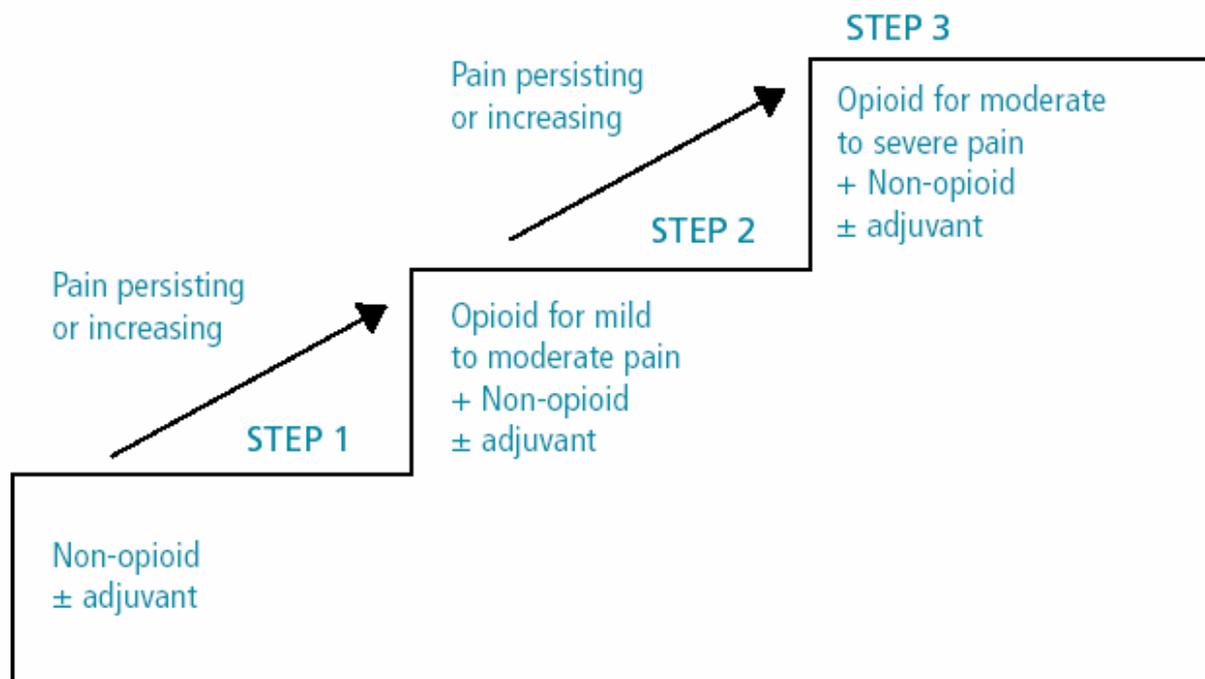
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not Completely
Interfere Interferes

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved.

Appendice F - Analgesic Ladder (Scala Analgesica)

World Health Organization Analgesic Ladder (Scala Analgesica dell'OMS)

Stampata con il permesso dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.



McQuay, H. (last updated 2002). Pain and its control. [Online].
Available: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/painpag/wisdom/C13.html>

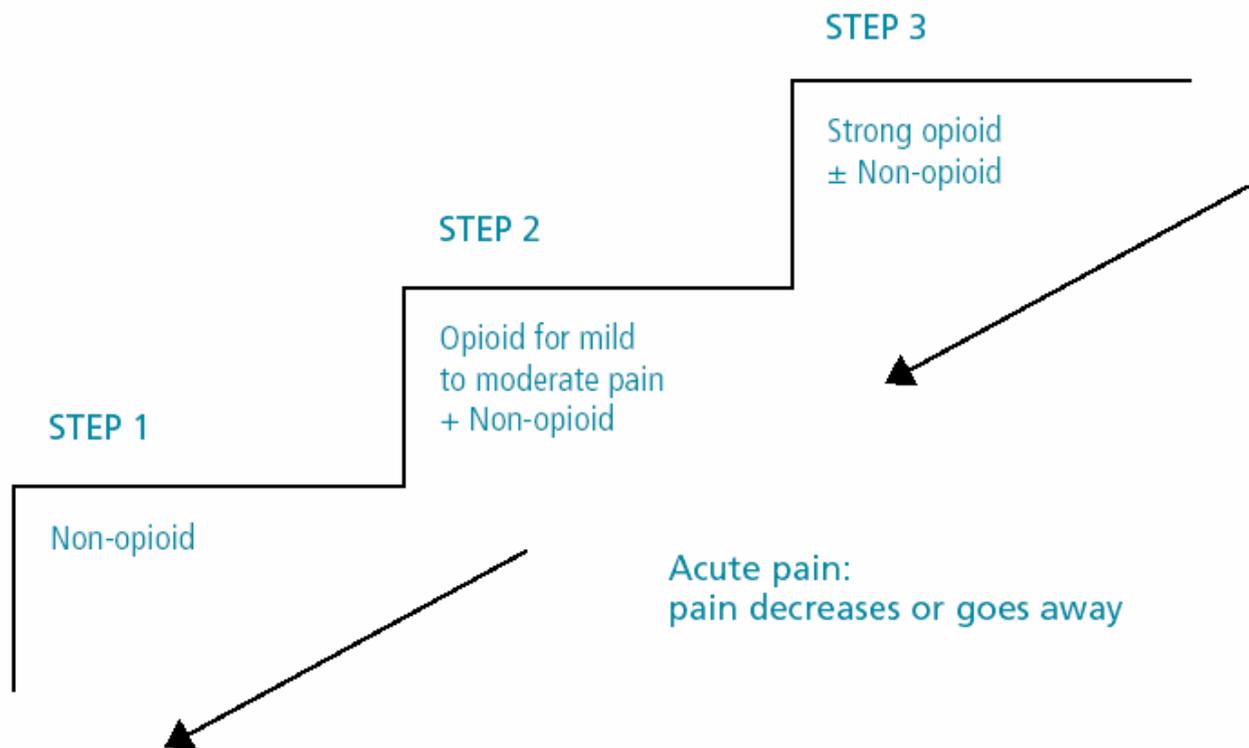
USO DELLA Scala Analgesica dell'OMS

La Scala Analgesica del OMS è stata pensata per essere una linea guida per strutturare l'uso dell'analgesia nella gestione farmacologia del dolore e non intende essere una struttura rigida. L'approccio OMS al controllo del dolore può necessariamente essere combinato con altre modalità di trattamento. Valutare il tipo e l'intensità del dolore, poi abbinare il farmaco all'intensità ed alle altre caratteristiche del dolore.

L'uso dell'analgesia dovrebbe cominciare nel punto della scala analgesica appropriato alla severità del dolore. Non è necessario iniziare la terapia al punto 1 se la persona avverte un dolore da moderato a severo, i pazienti con dolore severo dovrebbero iniziare la terapia dal punto 3.

L'uso della scala è invertito nelle situazioni di dolore acuto: comincia dal punto 3 e si muove verso gli analgesici del punto 1 quando si verifica il recupero.

Questa figura mostra un programma semplice per la gestione del dolore acuto, che è un adattamento della Scala analgesica dell'OMS. Nel momento in cui diminuisce il dolore acuto, vengono usati gli analgesici più deboli.



McQuay, H. (last updated 2002). Pain and its control. [Online]. Available: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/painpag/wisdom/C13.html>

Appendice G - Esempio del Protocollo d'iniezione sottocutanea.

Stampata con il permesso. Questa procedura è stata sviluppata per il St. Joseph's Health Care London e dovrebbe essere usata solo come riferimento. Ogni organizzazione è unica. Lo sviluppo politico deve tenere in conto la legislazione, la mission e la vision, i valori e la conformazione di ogni organizzazione.

Procedura: Inserzione di infusione sottocutanea con l'ago "a farfalla".

Scopo: Diminuire la necessità di punture multiple per la somministrazione del farmaco.

Apparecchiatura: Set per infusione con ago a farfalla - 25 gauge, corto pediatrico.

Tampone alcoolico

Medicazione occlusiva 5 cm X 7,5 cm (approssimativamente)

Sodio cloruro al 0,9%, 1 ml in 22 o 25 gauge, siringa 3cc

- Procedura:**
1. Spiegare la procedura al paziente ed alla famiglia.
 2. Lavarsi le mani.
 3. Usare una tecnica sterile, inserire l'infusione regolata con 0,9% di sodio cloruro.
 4. Stringere a pinza, delicatamente, la pelle del paziente nel punto scelto di iniezione/inserzione per formare una plica. I luoghi usuali sono sotto-clavicolari anteriori, sull'addome, sopra o sotto la cintura. Possono essere usate le braccia e le cosce, ma la somministrazione deve essere fatta con cautela per prevenire lesioni non intenzionali del caregiver provocate dall'ago.
 5. Pulire il sito con un detergente alcoolico.
 6. Con la smussatura dell'ago rivolta verso il basso, inserire l'intera lunghezza dell'ago con un angolo di 45 gradi.
 7. Applicare la medicazione occlusiva sopra il luogo di inserzione.
 8. Identificare la medicazione con la data, l'ora dell'inserzione e le proprie iniziali.

9. Accertarsi che la protezione (tappo dell'iniezione/perno) sia saldamente fissata sull'estremità del tubo (estensione).

Cambiamenti

del Sito:

Valutare regolarmente il sito. Le indicazioni per il suo cambiamento includono:

- L'area è rossa, calda e gonfia (ci sarà un certo gonfiore dopo la somministrazione del farmaco, ma questo dovrebbe essere assorbito rapidamente, entro 30 minuti).
- Il paziente si lamenta del dolore localizzato al sito dopo la somministrazione del farmaco (ci può essere bruciore in alcuni casi per le primissime dosi del farmaco)
- Colatura o sanguinamento nel sito.

Documentazione: Registrare nella cartella sanitaria del paziente la data, l'ora e il sito di inserzione/rimozione del set di infusione a farfalla.

Somministrazione: Per somministrare il farmaco attraverso "la farfalla" (iniezione sottocutanea intermittente ISI):

1. Preparare in siringa il farmaco prescritto, ordinato per iniezione sottocutanea.
2. Mettere 0,2 ml di cloruro di sodio allo 0,9% in una seconda siringa.
3. Rimuovere la protezione del set d'infusione a farfalla.
4. Rimuovere l'ago dalla siringa con il farmaco e attaccare la siringa al set di infusione a farfalla. Iniettare il farmaco prescritto.
5. Similmente, fissare la siringa con il cloruro di sodio da 0,2 ml e lavare abbondantemente il tubo.
6. Pulire il tappo con l'alcool e sostituire il set di infusione.
7. Documentare l'esecuzione di ogni iniezione, tramite la vostra politica organizzativa.

Questo sistema non richiede il lavaggio con getto d'acqua quando non è usato. Il lavaggio è richiesto soltanto subito dopo l'iniezione del farmaco per eliminarlo dal tubo e dall'ago in modo che il paziente riceva la dose completa. Questo inoltre informa l'infermiere successivo che il tubo contiene soltanto soluzione salina e nessun farmaco. Farmaci differenti possono poi essere dati usando lo stesso sito di iniezione/infusione.

Il volume del liquido per l'iniezione non dovrebbe eccedere i 2ml. per consentire il tempo di assorbimento del farmaco e ridurre il disagio per il paziente.

Questo sistema può essere usato per l'infusione sottocutanea continua (CSI) usando una pompa portatile computerizzata, un sistema di erogazione tramite pompa siringa, un infusore a pressione positiva o sistema simile.

Appendice H - Metodi Non-Farmacologici per il controllo del dolore

Caldo & Freddo

Il calore e il freddo sono stati usati per secoli come trattamento per il dolore. Ci sono almeno quattro ragioni per le quali un'infermiere dovrebbe difendere la prova del calore o del freddo:

- per alcuni pazienti funziona bene
- funziona rapidamente
- gli effetti avversi sono virtualmente inesistenti

- può fornire a qualche paziente e familiare un importante senso di controllo sul sollievo del dolore.

Razionale per il trattamento:

La ricerca ben controllata è carente, comunque la premessa è che, applicando il calore alla pelle aumenta il flusso di sangue e riduce i neurotrasmettitori che sensibilizzano le fibre nervose del dolore. Il calore può competere con il dolore per la trasmissione nervosa e quindi, nel cervello vi è una percezione di calore e una percezione ridotta del dolore.

Il freddo funziona attraverso un processo simile a quello del calore, entrando in competizione per la trasmissione nervosa. Genera l'intorpidimento nella zona di dolore e può essere particolarmente utile quando il dolore ha una qualità bruciante.

Ruolo dell'infermiere:

Valutare il precedente uso di calore o di freddo. Ricordarsi che alcuni pazienti possono pensare che si sta "banalizzando" il loro dolore. Bisogna essere in grado di descrivere il rationale scientifico per incoraggiare anche i pazienti che utilizzano grandi dosi di farmaci per il loro dolore severo, a provare il calore o il freddo in aggiunta alla loro gestione del dolore. Il calore ed il freddo possono essere usati con i bambini di età superiore ai sei mesi.

Controindicazioni:

Evitare l'uso di calore nelle seguenti situazioni:

- qualunque zona sanguinante
- qualunque zona con sensibilità diminuita
- qualunque ferita nelle prime 24 ore
- se la persona sta usando prodotti contenenti mentolo (Vicks, Ben Gay etc.)
- all'interno di un sito di terapia radioattiva mentre riceve le radiazioni – può usare quest'area cinque giorni dopo il termine del trattamento, facendo in modo che la pelle non sia squamosa, arrossata o sensibile.

Evitare l'uso del freddo nelle seguenti situazioni:

- qualunque zona con circolazione difficile (piede diabetico)
- nella zona in cui riceve la terapia radioattiva durante il periodo di trattamento – può usare quest'area cinque giorni dopo il termine del trattamento, facendo in modo che la pelle non sia squamosa, arrossata o sensibile.
- sopra una ferita in via di guarigione

Applicazione del calore o del freddo:

- Il calore può essere ottenuto da una varietà di fonti compreso tampone riscaldato, la borsa dell'acqua calda, unguento topico.
- Usare un calore da basso a medio per evitare le ustioni
- E' solitamente collocato su un luogo di dolore eccessivo. Quando questo non è possibile (ferita troppo dolorosa e aperta) altre opzioni includono:
 - Sopra il sito
 - Sotto il sito
 - Il lato opposto del corpo (es. dolore sull'anca destra, si posiziona sull'anca sinistra)
 - Prevenire il contatto diretto di calore e freddo sulla pelle.
- Il tampone caldo disposto su un bambino dovrebbe essere controllato ogni cinque minuti ed il bambino non dovrebbe essere lasciato incustodito.
- Il freddo può essere aumentato usando insieme i prodotti contenenti mentolo (per esempio A535® con sopra il sacchetto del ghiaccio).
- Quando si usa un unguento topico, testare la pelle con una piccola quantità di prodotto per controllare che non ci sia reazione allergica prima di usarlo sul luogo doloroso.

Adapted from: Ferrell, B. & Rhiner, M. (1993). *Managing cancer pain at home*. Duarte, CA: City of Hope National Medical Centre.

Rilassamento e Linguaggio figurato

Il rilassamento può essere adatto per qualunque tipo di dolore con l'obiettivo di ridurre l'ansia e la tensione muscolare. Può anche essere usato nei bambini di 7 anni e oltre. I pazienti che sono già tesi e con dolore possono trarre beneficio da un semplice rilassamento focalizzato su atti respiratori lenti e profondi. Può inoltre essere utile il progressivo rilassamento muscolare in cui il paziente usa l'esercizio isometrico per rilassare sistematicamente i muscoli dalla testa ai piedi.

Le lunghe tecniche di rilassamento sono potenziate da un ambiente calmo e dall'aver il paziente in una posizione comoda e ben supportata. Ascoltare la registrazione di una seduta di rilassamento può aiutare il paziente a concentrarsi più facilmente ed ad essere meno distratto dal proprio dolore.

I bambini sopra i 5 anni normalmente possono partecipare alle sedute di linguaggio figurato. L'immaginazione è spontanea e naturale nei bambini. Essi sono in grado di concentrarsi facilmente, distogliendo così l'attenzione dal dolore.

Tuttavia, dovrebbe essere usata **cautela** quando si usano le tecniche di rilassamento e di linguaggio figurato nei pazienti che:

- Sono confusi
- Sono assopiti
- Hanno una scarsa comprensione del linguaggio usato dal terapeuta che guida il rilassamento.
- Hanno una precedente storia di patologia psichiatrica, come ad esempio delle allucinazioni.

Distrazione

La distrazione è un'altra tecnica di riduzione del dolore usata con i bambini. L'idea è deviare l'attenzione del bambino coinvolgendolo attivamente in attività distraenti interessanti e più piacevoli delle procedure per il dolore. Si può scegliere qualche cosa che lo interessi come le bolle di sapone, un libro speciale, un giocattolo musicale, una bacchetta magica (Kleiber et al., 1999).

Altre terapie

E' riconosciuto che le terapie complementari come il tocco, il massaggio, la riflessologia, il Reiki e l'aromaterapia possono essere delle utili aggiunte non-farmacologiche per gestire il dolore. Queste modalità dovrebbero essere condotte dagli individui addestrati per la loro applicazione.

Usato con il permesso del Canadian Association of Nurses in Oncology.

Allegato I - Descrizione del Toolkit

Toolkit: implementazione delle Linee Guida di pratica clinica

Le linee guida di miglior pratica possono essere implementate con successo se ci sono: pianificazione adeguata, risorse, supporto organizzativo ed amministrativo e facilitazioni appropriate. RNAO, attraverso un panel di infermieri, ricercatori ed amministratori, ha sviluppato il "Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines" basato sull'evidenza disponibile, su una prospettiva teorica e sul consenso. Il Toolkit è raccomandato per guidare l'implementazione di qualsiasi linea guida pratica in una organizzazione sanitaria.

Il Toolkit fornisce, passo dopo passo, le indicazioni per persone singole e per gruppi coinvolti nel pianificare, coordinare e facilitare l'implementazione della linea guida. In particolare, il Toolkit indirizza ai seguenti passaggi-chiave nell'implementare una linea guida:

1. Identificazione di una linea guida ben sviluppata di pratica clinica basata sull'evidenza
2. Identificazione, valutazione ed ingaggio di stakeholders
3. Valutazione della predisposizione ambientale per l'implementazione della linea guida
4. Identificazione e pianificazione delle strategie di implementazione basate sull'evidenza

5. Pianificazione e implementazione della valutazione
6. Identificazione e assicurazione delle risorse richieste per l'implementazione

L'implementazione delle linee guida nella pratica che ottenga cambiamenti pratici di successo ed un positivo impatto clinico costituisce un'impresa complessa. Il *Toolkit* è una risorsa-chiave per gestire questo processo.

Il *Toolkit* è disponibile attraverso la Registered Nurses' Association of Ontario. Il documento è reperibile in formato ridotto per un acquisto individuale, è inoltre disponibile gratis sul sito web di RNAO. Per ulteriori informazioni, per ordinare o per scaricare il *Toolkit*, si prega di visitare il sito RNAO www.rnao.org/bestpractices.

Allegato J - Sommario delle raccomandazioni pratiche

RACCOMANDAZIONI		*GRADO
VALUTAZIONE	<p>1. Sottoporre a screening tutte le persone a rischio per il dolore almeno una volta al giorno interrogando la persona o la famiglia/curatore riguardo alla presenza di dolore, sofferenza o disagio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Per i bambini considerare quanto segue: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Domandare ai genitori le parole che il bambino può usare per descrivere il dolore o osservare nel bambino i segni comportamentali indicativi di dolore. ▪ Fare uno screening per il dolore quando si intraprendono altre valutazioni sistematiche. ▪ Per l'anziano fragile, per la persona con deficit linguistici o cognitivi, fare lo screening per valutare se sono presenti i seguenti indicatori: <ul style="list-style-type: none"> ▪ dichiara uno stato doloroso; ▪ sperimenta cambiamenti nella patologia; ▪ è stato diagnosticato con malattia cronica dolorosa; ▪ ha una storia di dolore cronico inespresso; ▪ prendere il farmaco per il dolore per > 72 ore; ▪ presenta afflizione comportamentale o smorfie facciali; ▪ indica che il dolore è presente tramite l'osservazione di famiglia, staff, volontari. 	C
Screening per il dolore		

* Grado della raccomandazione

Parametri di valutazione del dolore	<p>2. Il self-report è la primaria fonte di valutazione per persone con capacità linguistiche e cognitive integre. La famiglia/curatore riferisce del dolore di bambini e adulti incapaci di eseguire il self-report.</p>	C
	<p>3. Per valutare i parametri del dolore viene selezionato uno strumento di valutazione sistematico, validato, che include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ localizzazione del dolore; ▪ effetti del dolore su funzioni e attività di vita quotidiana (es. lavoro, interferenze con attività abituali, ecc.); ▪ livello del dolore a riposo e durante le attività; ▪ uso di farmaci; ▪ P - fattori Provocanti e precipitanti; ▪ Q - Qualità del dolore (che parole la persona usa per descrivere il suo dolore? Fa male- pulsante); ▪ R - Irradiazione del dolore (il dolore si estende dal sito?); ▪ S - Severità del dolore (intensità, scala 0 -10); ▪ T – Tempistica (occasionale, intermittente, costante). 	C
	<p>4. Viene usato uno strumento standardizzato con validità stabilita per valutare l'intensità del dolore.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visual Analogue Scale (VAS); ▪ Numeric Rating Scale (NRS); ▪ Verbal Scale; ▪ Faces Scale; ▪ Behavioural Scale. 	C
	<p>5. La valutazione del dolore inoltre include gli indicatori fisiologici e comportamentali, e dovrebbe essere inclusa in popolazioni quali neonati, bambini, persone con alterato stato cognitivo e con dolore acuto.</p>	C
Valutazione completa del dolore	<p>6. I seguenti parametri fanno parte di una valutazione completa del dolore:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ esame fisico, esami di laboratorio rilevanti e test diagnostici; ▪ effetto e comprensione della malattia attuale; ▪ significato del dolore e dell'afflizione causata dal dolore; ▪ risposte che fanno fronte allo stress ed al dolore; ▪ effetti sulle attività di vita quotidiana (particolarmente nella persona anziana e con alterato stato cognitivo); ▪ effetti psicosociali e spirituali; ▪ psicologici - variabili sociali (ansia, depressione); ▪ situazioni - cultura, linguaggio, fattori etnici, effetti economici del dolore e trattamento; ▪ preferenze delle persone ed aspettative/credenze/miti, circa i metodi di gestione del dolore; ▪ preferenze e risposte della persona nel ricevere le informazioni riferite al loro stato di dolore. 	C

Rivalutazione e valutazione continua del dolore	<p>7. Il dolore è rivalutato in maniera regolare in base al tipo e all'intensità e secondo il programma di trattamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il dolore è rivalutato ogni volta che viene riferito e quando si attua una nuova procedura del dolore, quando l'intensità aumenta e quando il dolore non è alleviato da precedenti strategie efficaci. ▪ Il dolore è rivalutato dopo che l'intervento abbia raggiunto l'effetto massimo (15-30 minuti dopo la terapia farmacologica parenterale, 1 ora dopo l'immediato rilascio dell'analgescico, 4 ore dopo il rilascio elevato dell'analgescico o cerotto transdermico, 30 minuti dopo un intervento non-farmacologico). ▪ Il dolore acuto postoperatorio dovrebbe essere valutato regolarmente, come determinato dall'intervento e dalla severità del dolore, con ogni nuovo rapporto di dolore o nel caso di dolore inatteso e dopo ogni analgesico, secondo il momento dell'effetto picco. 	C
	<p>8. I seguenti parametri sono inclusi nella normale rivalutazione del dolore:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ attuale intensità del dolore, qualità e localizzazione ▪ intensità relativa al peggior dolore nelle ultime 24 ore, a riposo e in movimento; ▪ estensione del sollievo del dolore raggiunto-risposta (riduzione sulla scala di intensità di dolore); ▪ barriere all'implementazione del piano di trattamento; ▪ effetti del dolore su ADL's, sul sonno e sull'umore; ▪ effetti secondari dei farmaci per il trattamento del dolore (nausea, costipazione); ▪ livello di sedazione; ▪ strategie usate per dare sollievo al dolore, per esempio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosi analgesiche prese regolarmente e per il dolore episodico acuto. ▪ Interventi non-farmacologici: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modalità fisiche ▪ Strategie cognitive e comportamentali ▪ Strategie riabilitative ▪ Cambiamenti ambientali ▪ Riduzione dell'ansia 	C
	<p>9. Il dolore intenso inatteso, specialmente se improvviso o associato con alterazioni dei parametri vitali quali ipotensione, tachicardia, o febbre, dovrebbe essere immediatamente valutato.</p>	C
Documentazione di valutazione del dolore	<p>10. Documenti in forma standardizzata che rileva la personale esperienza di dolore specifica per popolazione e contesto di cura. Gli strumenti della documentazione includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutazione iniziale, valutazione e rivalutazione complete. ▪ Strumenti di monitoraggio che rintracciano l'efficacia dell'intervento (scala 0-10). 	C
	<p>11. Documentare regolarmente ed in modo routinario sui formati standardizzati, accessibili a tutti i clinici coinvolti nella cura.</p>	C

	<p>12. Insegnare a individui e famiglie (come referenti per la registrazione) come documentare la valutazione del dolore su strumenti adatti quando viene fornita la cura. Ciò faciliterà il loro contributo al programma di trattamento e promuoverà la continuità della gestione efficace del dolore attraverso tutti i settings.</p>	C
Comunicare i risultati della valutazione del dolore	<p>13. Convalidare con la persona/curatori che i risultati della valutazione del dolore (forniti da operatori sanitari e curatori) riflettano l'esperienza dell'individuo con dolore.</p>	C
	<p>14. Comunicare ai membri del team interdisciplinare i risultati della valutazione del dolore descrivendo i parametri di dolore ottenuti con l'uso di uno strumento di valutazione strutturato, il sollievo o la mancanza di sollievo ottenuti dai metodi di trattamento, dagli obiettivi della persona rispetto al trattamento del dolore e l'effetto del dolore sulla persona.</p>	C
	<p>15. Difendere, a nome della persona, i cambiamenti del programma di trattamento se il dolore non si allevia. L'infermiere ingaggerà una discussione con il team sanitario interdisciplinare per quanto riguarda l'accertata necessità di cambiamento nel programma di trattamento. L'infermiere sostiene le sue raccomandazioni con le evidenze appropriate, fornendo un chiaro razionale per il cambiamento, includendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'intensità del dolore usando una scala convalidata; ▪ modificazioni nel punteggio di severità del dolore nelle ultime 24 ore; ▪ modificazioni nella gravità e nella qualità del dolore dopo somministrazione di analgesici e durata dell'efficacia dell'analgesico; ▪ quantità di farmaci per il dolore, consueti e "di soccorso", presi nelle ultime 24 ore; ▪ obiettivi delle persone per il sollievo del dolore; ▪ effetto sulle persone del dolore invariato; ▪ assenza-presenza di effetti secondari o tossicità; ▪ suggerimenti per specifici cambiamenti al programma di trattamento che sono sostenuti da evidenze. 	C
	<p>16. Provvedere all'istruzione della persona/curatori riguardante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'uso di una registrazione del dolore su un'agenda o un diario (fornire uno strumento). ▪ La comunicazione del dolore invariato al proprio medico ed il supporto nella difesa dei loro stessi interessi. 	C
	<p>17. Riferire situazioni di dolore invariato è una responsabilità etica e vanno usati tutti gli appropriati canali di comunicazioni presenti nell'organizzazione, compresa la documentazione dell'individuo/curatori.</p>	C

	<p>18. Per le persone con dolore cronico, che non viene alleviato dopo aver seguito i principi standard del management del dolore, consultare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ uno specialista esperto nel trattamento di un particolare tipo di dolore; ▪ un team multidisciplinare per indirizzare il complesso di aspetti emozionali, psicosociali, spirituali ed i concomitanti fattori clinici coinvolti. 	C
MANAGEMENT	<p>19. Istituire un programma per la gestione del dolore in collaborazione con i membri del team interdisciplinare, coerente con gli obiettivi dell'individuo e della famiglia per il sollievo del dolore, che prenda in considerazione i seguenti fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ risultati della valutazione; ▪ baseline delle caratteristiche del dolore; ▪ fattori fisici, psicologici e socioculturali che conformano l'esperienza del dolore; ▪ eziologia; ▪ alcune strategie efficaci farmacologiche e non-farmacologiche; ▪ interventi manageriali; e ▪ programmi di trattamento primario del dolore attuale e futuro. 	C
Istituire un programma per la gestione del dolore		
	<p>20. Fornire agli individui e ai famigliari/curatori una copia scritta del programma di trattamento per promuovere, da parte loro, la presa di decisioni e la partecipazione attiva nella gestione del dolore. Il programma sarà registrato secondo i risultati della valutazione e della rivalutazione. Eventuali cambiamenti nel programma di trattamento saranno documentati e comunicati a tutti gli addetti alla sua esecuzione.</p>	A
Gestione farmacologica del dolore		
Scelta degli analgesici appropriati	<p>21. Garantire la selezione di analgesici individualizzati alle persone, prendendo in considerazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il tipo di dolore (acuto o cronico, nocicettivo e/o neuropatico); ▪ intensità del dolore; ▪ potenziale tossicità degli analgesici (età, danno renale, malattia dell'ulcera peptica, trombocitopenia); ▪ condizione generale della persona; ▪ condizioni mediche simultanee; ▪ risposta a farmaci attuali o precedenti; ▪ costo per la persona e la famiglia; e ▪ contesto di cura. 	A

	<p>22. Difendere l'uso dei programmi di dosaggio di analgesici più semplici e delle modalità meno invasive della gestione del dolore:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La via orale è la modalità preferita nel caso di dolore cronico e di dolore acuto in via di guarigione. ▪ Adattare la modalità di somministrazione alla situazione individuale del dolore e al contesto di cura. ▪ La somministrazione endovenosa è la via parenterale scelta dopo interventi maggiori, solitamente in bolo ed in infusione continua. ▪ La via intramuscolare non è raccomandata per gli adulti o neonati e bambini perché è dolorosa e non affidabile. 	<p>C</p> <p>B</p>
	<p>23. Usare un approccio per gradi nel fare le raccomandazioni per la selezione di analgesici appropriati da abbinare all'intensità del dolore:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'uso della Scala Analgesica dell'OMS è raccomandata per il trattamento di dolore cronico da cancro. ▪ La gestione farmacologica del dolore postoperatorio, di grado da lieve a moderato, comincia con acetaminofene o NSAIDS. Tuttavia, un dolore da moderato a severo dovrebbe essere trattato inizialmente con un analgesico oppioide. 	<p>B</p>
	<p>24. Sostenere il consulto con un esperto della gestione del dolore per le situazioni complesse di dolore che includono, ma non in senso limitativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dolore insensibile al trattamento standard; ▪ fonti multiple di dolore; ▪ misto di dolore neuropatico e nocicettivo; ▪ storia di abuso di sostanza. 	<p>C</p>
	<p>25. Riconoscere che acetaminofene o farmaci non-steroidi, antinfiammatori (NSAIDS) sono usati per il trattamento del dolore lieve e per i tipi specifici di dolore in qualità di analgesici adiuvanti, a meno che non siano controindicati.</p>	<p>A</p>
	<p>26. Riconoscere che i farmaci adiuvanti sono aggiunte importanti nel trattamento di specifici tipi di dolore.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I farmaci adiuvanti quali gli anticonvulsivanti e gli antidepressivi forniscono analgesia indipendente per specifici tipi di dolori. ▪ Maggiore attenzione è necessaria nella somministrazione di farmaci anticonvulsivanti e antidepressivi negli anziani che possono avvertire significativi effetti secondari anticolinergici e sedativi. 	<p>B</p>
	<p>27. Riconoscere che gli oppioidi sono usati per il trattamento del dolore da moderato a severo, in mancanza di controindicazioni, prendendo in considerazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ precedente dose di analgesici; ▪ storia precedente di oppioidi; ▪ frequenza di somministrazione; ▪ via di somministrazione; ▪ incidenza e severità degli effetti secondari; ▪ potenziali avversi correlati all'età; e ▪ funzionalità renale. 	<p>A</p>

	<p>28. Considerare i seguenti principi farmacologici nell'uso degli oppioidi per il trattamento di dolore severo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il mix di agonisti-antagonisti (es. pentazocine) non sono somministrati con oppioidi perché la combinazione può precipitare in una “sindrome di ritiro” ed aumentare il dolore. ▪ Gli anziani generalmente ottengono dagli analgesici un picco più alto e una durata d’azione più lunga rispetto agli individui più giovani, per questo si dovrebbe dosare l’azione iniziando da dosi più basse ed aumentare molto lentamente ("titolazione attenta"). ▪ Speciali precauzioni sono necessarie nell'uso degli oppioidi con i neonati e lattanti con età inferiore a sei mesi. La dose del farmaco, compreso quello per l’anestesia locale, deve essere calcolato attentamente basandosi sul peso del neonato attuale o su quello più appropriato. Le dosi iniziali non dovrebbero eccedere l’ammontare massimo raccomandato. 	B
	<p>29. Riconoscere che la meperidina è controindicata per il trattamento di dolore cronico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La meperidina non è raccomandata per il trattamento del dolore cronico dovuto all'accumulo del metabolita tossico normeperidene, che può causare convulsioni e disforia. ▪ La meperidina può essere usata nelle situazioni di dolore acuto per periodi molto brevi in individui, altrimenti in buona salute, che non hanno dimostrato di avere una reazione inusuale (es. rilascio locale d'istamina nel punto di infusione) o una risposta allergica ad altri oppioidi quali morfina o idromorfone. ▪ La meperidine è controindicata in pazienti con funzionalità renale alterata. 	A
Ottimizzare il dolore alleviandolo con oppioidi	<p>30. Garantire che il la tempistica della somministrazione degli analgesici sia appropriato in accordo con le caratteristiche dell’individuo, e quelle farmacologiche (es. durata di azione, di picco-effetto e del periodo di emivita) e della modalità di somministrazione del farmaco.</p>	B
	<p>31. Riconoscere che gli oppioidi dovrebbero essere somministrati a orari regolari in accordo con la durata di azione e secondo l'aspettativa della durata del dolore severo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se il dolore severo è previsto nelle 48 ore post-operatorie, può essere necessaria una somministrazione routinaria per quel periodo di tempo. Nel successivo decorso del postoperatorio, gli analgesici possono essere efficaci se dati quando “necessari”. ▪ Nel dolore cronico da cancro, gli oppioidi sono somministrati su base oraria, in accordo con la loro durata di azione. ▪ Gli oppioidi a lunga azione sono più indicati quando le necessità della dose sono stabili. 	A

	<p>32. Usare i principi della titolazione della dose specifica per il tipo di dolore al fine di raggiungere la dose analgesica che diminuisce il dolore con un minimo degli effetti secondari, in accordo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ causa del dolore; ▪ risposta individuale della terapia; ▪ condizioni cliniche; ▪ uso concomitante di farmaci; ▪ inizio e picco-effetto; ▪ durata degli effetti dell'analgesico; ▪ età; e ▪ conoscenza della farmacocinetica e la farmacodinamica dei farmaci. <p>Le dosi sono aumentate solitamente ogni 24 ore per le persone con dolore cronico trattato con preparazioni a rilascio immediato ed ogni 48 ore per le persone in terapia con oppioidi a rilascio controllato. L'eccezione a queste indicazioni è il fentanile transdermico, che può essere registrato ogni 3 giorni.</p>	B
	<p>33. Trattare prontamente il dolore che insorge nell'intervallo tra le dosi regolari di analgesico (episodico acuto o dolore incidente) usando i seguenti principi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le dosi di analgesico, per il dolore episodico acuto, nella situazione postoperatoria, dipendono dalla dose routinaria dell'analgesico, dal ritmo respiratorio dell'individuo e dal tipo di intervento chirurgico; solitamente sono somministrate come farmaci in bolo tramite le pompe di PCA. ▪ Le dosi di analgesico, per il dolore episodico acuto, dovrebbero essere somministrate "al bisogno" in accordo con il picco-effetto del farmaco (po/pr = q1h; SC/IM = q 30 min; IV = q 10-15 min). ▪ E' più efficace usare alcuni oppioidi per il dolore episodico acuto somministrando le dosi a orario fisso. ▪ Gli individui con dolore cronico dovrebbero avere: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un oppioide a rilascio immediato disponibile per il dolore (dolore episodico acuto) che si verifica fra le regolari somministrazioni del farmaco "ad orari fissi". ▪ Le dosi di "soccorso" di analgesico per il dolore continuo da cancro dovrebbero essere calcolate al 10-15 per cento della dose routinaria totale nelle 24 ore dell'analgesico a "orari fissi" ▪ Le dosi "di soccorso" dell'analgesico dovrebbero essere registrati quando viene aumentato il farmaco normale "ad orari fissi". ▪ Un aggiustamento della dose "ad orari fissi" è necessario se sono richieste più di 2-3 dosi di analgesico supplementare in un periodo di 24 ore ed il dolore non è controllato. 	C
	<p>34. Usare una tabella equianalgesica per accertare l'equivalenza fra gli analgesici quando si commutano. Riconoscere che il metodo più sicuro per commutare un analgesico con un altro, in una situazione di dolore stabile, è ridurre la dose del nuovo analgesico della metà.</p>	C

	<p>35. Garantire che le vie di somministrazione alternative siano prescritte quando i farmaci non possono essere presi oralmente, prendendo in considerazione le preferenze dell'individuo e le più efficaci e meno invasive vie di somministrazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le indicazioni per la via transdermica del farmaco includono l'allergia alla morfina, la nausea refrattaria, il vomito e la difficoltà di deglutizione. ▪ Considerare l'uso dell'infusione sottocutanea continua di oppioidi negli individui con cancro che avvertono nausea refrattaria e vomito, che sono incapaci di deglutire, o che richiedono questa modalità per evitare continui sbalzi nel controllo del dolore. ▪ Il costo dei farmaci e della tecnologia necessaria per l'erogazione (es. pompe di dolore) dovrebbero essere presi in considerazione quando si selezionano determinate vie di somministrazione alternative. ▪ Considerare l'uso di un sistema di iniezione a farfalla per somministrare gli analgesici sottocutanei intermittenti. ▪ L'accesso epidurale deve essere gestito dai clinici con le risorse e la perizia idonee. 	C
	<p>36. Riconoscere la differenza fra assuefazione, tolleranza e dipendenza da farmaci per impedire che questi fattori diventino delle barriere ad un'ottimale sollievo del dolore.</p>	A
<p>Monitorare per la sicurezza e l'efficacia</p>	<p>37. Monitorare le persone che assumono oppioidi e che sono a rischio di sicurezza e di efficacia per la depressione respiratoria, riconoscendo che gli oppioidi usati per le persone senza dolore, o in dosi maggiori del necessario per controllare il dolore, possono rallentare o bloccare il respiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La depressione respiratoria si sviluppa meno frequentemente in individui che fanno le loro dosi di oppioidi con una titolazione appropriata. Coloro che hanno preso gli oppioidi per un periodo di tempo per controllare il dolore cronico o da cancro difficilmente sviluppano questo sintomo. ▪ Il rischio di depressione respiratoria aumenta con la somministrazione di oppioidi intravenosi o epidurali, con dose aumentata rapidamente o con danno renale. 	A
	<p>38. Monitorare le persone che prendono farmaci analgesici per gli effetti secondari e la tossicità. Raccomandare un cambiamento negli oppioidi se il sollievo del dolore è inadeguato dopo adeguate titolazioni delle dosi e se la persona ha effetti secondari refrattari al trattamento profilattico quali mioclonie o confusione. Una cautela particolare dovrebbe essere usata quando si somministrano gli analgesici a bambini ed anziani.</p>	C
	<p>39. Valutare l'efficacia del sollievo del dolore con gli analgesici a intervalli regolari e dopo una modificazione della dose, della via o del tempo di somministrazione. Sostenere la necessità di cambiare gli analgesici quando viene osservato un sollievo del dolore inadeguato.</p>	C

	<p>40. Richiedere la consulenza di un esperto del dolore per gli individui che richiedono un aumento delle dosi di oppioidi, che sono inefficaci nel controllo del dolore. La valutazione dovrebbe includere l'accertamento per patologie residuali ed altre cause di dolore, quale il dolore neuropatico.</p>	C
<p>Anticipare e prevenire i comuni effetti secondari da oppioidi</p>	<p>41. Anticipare e monitorare gli individui che prendono oppioidi per i comuni effetti secondari, quali la nausea ed il vomito, la costipazione e la sonnolenza, e istituire un trattamento profilattico adeguato.</p>	B
	<p>42. Informare i pazienti sul fatto che gli effetti secondari da oppioidi possono essere controllati accertando l'aderenza con il regime del farmaco.</p>	C
	<p>43. Riconoscere e trattare tutte le potenziali cause degli effetti secondari prendendo in considerazione i farmaci che rafforzano gli effetti secondari dell'oppioide:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sedazione - sedativi, calmanti, antiemetici; ▪ Ipotensione posturale - antipertensivi, triciclici; ▪ Confusione - fenotiazine, triciclici, antistaminici e altri anticolinergici 	A
	<p>Nausea e Vomito</p> <p>44. Accertare in tutte le persone che prendono oppioidi la presenza di nausea e/o di vomito, prestando particolare attenzione alla relazione tra sintomo e orario della somministrazione dell'analgescico</p>	C
	<p>45. Assicurarsi che alle persone che prendono analgesici oppioidi si prescriva un antiemetico da usare "al bisogno" insieme alla somministrazione routinaria, in caso di nausea e vomito persistenti.</p>	C
	<p>46. Riconoscere che gli antiemetici hanno differenti meccanismi di azione e che la selezione dell'antiemetico giusto è basata su queste conoscenze e sull'eziologia del sintomo.</p>	C
	<p>47. Accertare l'effetto dell'antiemetico in maniera regolare per determinare il sollievo di nausea/vomito e consigliare ulteriori valutazioni se il sintomo persiste nonostante un trattamento adeguato.</p>	C
	<p>48. Consultarsi con il medico per quanto riguarda la commutazione con un differente antiemetico se si è stabilito che nausea/vomito sono in relazione agli oppioidi e non migliorano con una dose di antiemetico adeguata.</p>	C

	<p>Costipazione</p> <p>49. Stabilire delle misure profilattiche per il trattamento della costipazione, se non vi sono controindicazioni, e monitorare costantemente questo effetto secondario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I lassativi devono essere prescritti ed aumentati come necessari per ottenere l'effetto desiderato e come misura preventiva per gli individui che ricevono la somministrazione sistematica di oppioidi. (B) ▪ I lassativi osmotici ammorbidiscono le feci e promuovono la peristalsi, possono essere un'alternativa efficace per gli individui che trovano difficoltoso controllare un incremento del volume delle pillole. (B) ▪ I lassativi stimolanti possono essere controindicati se ci sono fecalomi. Clisteri e supposte possono essere necessari per eliminare il fecaloma prima di riprendere gli stimolanti orali. (C) 	B/C
	50. Dare consigli alle persone sugli aggiustamenti dietetici che aumentano la peristalsi intestinale identificando le circostanze personali (gli individui seriamente malati non possono tollerarli) e le preferenze.	C
	51. Richiedere una consulenza urgente nel caso che la persona presenti costipazione refrattaria accompagnata da dolore addominale e/o vomito.	C
	<p>Sonnolenza/Sedazione</p> <p>52. Riconoscere che la sedazione transitoria è frequente ed avvisare le persone e famiglie/curatori che la sonnolenza è comune nell'iniziale uso di analgesici oppioidi e con i successivi aumenti di dosaggio.</p>	C
	53. Valutare la sonnolenza che continua oltre le 72 ore per determinare la causa sottostante e notificare al medico la confusione o le allucinazioni che accompagnano la sonnolenza.	C
Anticipare e prevenire il dolore da procedure	54. Anticipare il dolore che può verificarsi durante alcune procedure quali i test clinici ed i cambi dell'abbigliamento, prevenire combinando opzioni farmacologiche e non-farmacologiche.	C
	55. Riconoscere che gli analgesici e/o gli anestetici locali sono fondamentali per la gestione farmacologica delle procedure dolorose. Gli ansiolitici ed i sedativi sono specifici per la riduzione dell'ansia associata. Se usati da soli, l'ansiolitico e il sedativo attenuano le risposte comportamentali senza alleviare dolore.	C
	56. Garantire che siano istituite una supervisione esperta e un appropriato monitoraggio delle procedure quando è usata la sedazione cosciente.	C
Formazione del paziente e della famiglia	57. Fornire alle persone ed alle loro famiglie/curatori le informazioni sul dolore e le misure usate per trattarlo, ponendo particolare attenzione sulla correzione di miti e di strategie per la prevenzione ed il trattamento degli effetti secondari.	A

	<p>58. Accertarsi che gli individui capiscano l'importanza di segnalare subito il dolore invariato, i cambiamenti del loro dolore, le nuove fonti o nuovi tipi di dolore e gli effetti secondari degli analgesici.</p>	C
	<p>59. Chiarire le differenze fra assuefazione, tolleranza e dipendenza fisica per attenuare le false credenze che possono pregiudicare il corretto uso dei metodi farmacologici per la gestione del dolore.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'assuefazione (dipendenza psicologica) non è dipendenza o tolleranza fisica ed è raro nelle persone che prendono gli oppioidi per il dolore cronico. ▪ Le persone che usano gli oppioidi su base cronica per il controllo del dolore possono manifestare segni di tolleranza che richiedono aggiustamento ascendente del dosaggio. Tuttavia, la tolleranza non è solitamente un problema e le persone possono rimanere con la stessa dose per anni. ▪ Le persone che non hanno bisogno di oppioidi dopo averlo usato per molto tempo devono ridurre la dose lentamente durante parecchie settimane per prevenire i sintomi da astensione causati dalla dipendenza fisica. 	A
Documentazione efficace	<p>60. Documentare tutti gli interventi farmacologici su un report sistematico per il dolore che identifichi chiaramente l'effetto dell'analgesico sul sollievo del dolore. Utilizzare questa annotazione per comunicare, con i colleghi interdisciplinari, la titolazione dell'analgesico. Devono essere inoltre documentati la data, il periodo, la severità, la localizzazione ed il tipo di dolore.</p>	C
	<p>61. Fornire all'individuo e alla famiglia in trattamento domiciliare una strategia semplice per documentare l'effetto degli analgesici.</p>	C
	<p>62. Combinare i metodi farmacologici con i metodi non-farmacologici per realizzare una gestione efficace del dolore.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I metodi di trattamento non-farmacologici non dovrebbero essere usati per sostituire un'adeguata gestione farmacologica. ▪ La scelta di metodi di trattamento non-farmacologici dovrebbe essere basata sulle preferenze individuali e sull'obiettivo del trattamento. ▪ Alcune potenziali controindicazioni ai metodi non-farmacologici dovrebbero essere considerate prima dell'applicazione. 	C
	<p>63. Istituire specifiche strategie conosciute per essere efficaci per specifici tipi di dolore, come il calore o il freddo superficiale, il massaggio, il rilassamento, il linguaggio figurato e la pressione o la vibrazione, a meno che non vi siano controindicazioni.</p>	C
	<p>64. Implementare interventi psicosociali che facilitino una precoce risposta dell'individuo e della famiglia nel corso del trattamento.</p>	B
	<p>65. Istituire interventi psico-educativi come componenti di un ampio programma di trattamento per la gestione del dolore.</p>	A
	<p>66. Riconoscere che le strategie cognitivo-comportamentali unite a un approccio riabilitativo multidisciplinare sono strategie importanti per il trattamento del dolore cronico non-maligno.</p>	A

November 2002

Nursing Best Practice Guideline *assessment & management of pain*

A cura di Paolo Chiari e Luciana Modena

Centro Studi EBN

Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Via Massarenti, 9 – 40138 Bologna - Italia

www.ebn1.it - www.evidencebasednursing.it

paolo.chiari@aosp.bo.it



*This project is funded by the
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*



Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Associazione dei Infermieri
e Infermiere autorizzate del
Ontario