

Gestione del dolore: Valutazione e misurazione nelle Strutture Territoriali e nei Presidi dell'ASP di Catania

Ed. 0 Rev. 01
Data 07/07/2016

originale

copia controllata _____ N. _____

copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ

bozza

La presente procedura, elaborata dal Comitato Ospedale Territorio senza Dolore (COTSD) e dall'UO Sistema Qualità Aziendale, intende fornire uno strumento operativo utile all'implementazione, a livello aziendale, della valutazione e misurazione del dolore, secondo i dettami della legge nazionale n.38/2010 e delle disposizioni regionali.

Redazione

Dr. Pietro Ciadamidaro, Presidente del COTSD

Dr.ssa Maria Di Franco, Direttore U.O.C. Anziani e Cure Domiciliari –
Componente COTSD

Dr. Vittorio Di Geronimo, Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione P.O. Militello
Val di Catania – Referente Aziendale Terapia del Dolore – Componente COTSD

Dr.ssa Carmela Grasso, Assistente Sociale U.O.C. Anziani e Cure Domiciliari

Dr. Domenico Grimaldi, Rappresentante Sindacale MMG – Componente COTSD

Dr.ssa Maria Agata Mangano, Componente U.O. Sistema Qualità Aziendale

Dr. Giuseppe Mazzola, Rappresentante Sindacale PLS – Componente COTSD

Dr.ssa Giovanna Pellegrino, Direttore Medico Distretto OspedalieroCT3 –
Componente COTSD

Verifica

Dr. Alfio Cristaudo, Responsabile U.O. Sistema Qualità Aziendale

Approvazione

Dr. Francesco Luca, Direttore Sanitario

Ratifica

Dr. Giuseppe Giammanco, Direttore Generale

La presente procedura è l'edizione 0 Rev. 01 del 07/07/2016

PREMESSA

La I.A.S.P. (International Association for the Study of Pain) definisce il dolore come una “*esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E’ un’esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito*”.

A livello clinico, il dolore è un sintomo trasversale e frequente spesso segnale importante per la diagnosi iniziale di malattia, fattore sensibile nell’indicare evoluzioni positive o negative durante il decorso, innegabile presenza in corso di molteplici procedure diagnostiche e/o terapeutiche e costante riflesso di paura e ansia per tutto quello che la malattia comporta. E’ fra tutti il sintomo che più compromette l’integrità fisica e psichica del paziente e più angoscia e preoccupa i familiari, con notevole impatto sulla qualità della vita. Il dolore può essere classificato in dolore acuto e dolore cronico.

Il dolore acuto ha la funzione di avvisare l’individuo della lesione tissutale in corso ed è normalmente localizzato, dura per alcuni giorni, tende a diminuire con la guarigione. La sua causa è generalmente chiara: dolore legato all’intervento chirurgico, al trauma, alla patologia infettiva intercorrente. Attualmente le opzioni terapeutiche a disposizione per il controllo del dolore acuto sono molteplici ed efficaci nella maggioranza dei casi.

Il dolore cronico è duraturo, spesso determinato dal persistere dello stimolo dannoso e/o da fenomeni di auto mantenimento che mantengono la stimolazione nocicettiva anche quando la causa iniziale si è limitata. Si accompagna ad una importante componente emozionale e psico-relazionale e limita la *performance* fisica e relazionale del paziente.

Una metodologia valida in assoluto non esiste; i diversi metodi vengono attualmente declinati in rapporto al tipo di dolore, alle condizioni cliniche del paziente, all’età e alle possibilità di collaborazione. Il *goal standard* è la valutazione del paziente stesso della quantità e della qualità del dolore percepito (autovalutazione) ed attualmente molteplici sono le tecniche e gli strumenti a disposizione (*Visual Analogic Scale* di *Scott Huskisson*, *Facial Scale*, scala dei colori di *Eland*, Scala verbale).

La legge n.38/2010 “*Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*” prevede che a tutti i pazienti venga garantito il processo di gestione del dolore attraverso la rilevazione, la misurazione e il rispettivo trattamento; pertanto sia i MM.MM.GG. che gli Specialisti Ospedalieri e Territoriali dovranno inserire nella documentazione sanitaria le schede di rilevazione e misurazione del dolore.

Nella cartella clinica di degenza, in particolare nella sezione medica e infermieristica, e/o nella cartella sanitaria ambulatoriale, dovrà essere puntualmente registrata la valutazione, misurazione, rivalutazione e l’eventuale trattamento del dolore.

La verifica della misurazione, valutazione e trattamento del dolore è oggetto anche del controllo

Gestione del dolore: Valutazione e misurazione nelle Strutture Territoriali e nei Presidi dell'ASP di Catania

analitico delle cartelle cliniche svolto dai Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C) nell'ambito della programmazione regionale per garantire l'appropriatezza dei ricoveri.

Con D.A. del 12-08-2011 vengono approvati i nuovi standard per la gestione del rischio clinico e lo standard AOP.1.7 di *Join Commission International (J.C.I)* prevede che *“tutti i pazienti ricoverati e trattati ambulatorialmente siano sottoposti a screening del dolore cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo”*.

Con D.A. del 27-12-2013 *“Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico”* vengono forniti, al riguardo, gli strumenti per la misurazione, valutazione, rivalutazione del dolore che sono oggetto della presente procedura. Il documento regionale è stato adottato formalmente con il provvedimento deliberativo n.1249 dell'11-12-2014.

In data 22/10/2014 viene pubblicato il D.A n.47 *“ Nuovo piano di organizzazione e sviluppo della rete di terapia del dolore nella Regione siciliana”* che sostituisce quello approvato con D.A. del 3-01-2011 *“ Approvazione programma di sviluppo delle cure palliative e terapia del dolore “* che stabilisce i criteri strutturali, organizzativi e tecnologici per l'implementazione della rete regionale e provinciale al fine di dare completa attuazione alla legge n.38/2010 e promuovere l'attivazione di tutti i nodi della rete ospedaliera e territoriale e, al contempo, garantire l'interazione con percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi.

In atto nella rete provinciale di Catania sono attivi: un Ambulatorio della terapia del dolore nel P.O. di Caltagirone, un Centro *Spoke* presso l'ARNAS Garibaldi che afferisce al Centro *Hub* del Presidio Ospedaliero di Taormina ed è in corso di attuazione un progetto per il completamento della rete provinciale della terapia del dolore.

Con delibera n.2785 del 12-09-2013 è stato istituito il Comitato Ospedale-Territorio senza dolore (COTSD) che dovrà coordinare e monitorare tutte le attività connesse alla gestione del dolore e all'integrazione tra Territorio ed Ospedale.

Indice

PREMESSA	2
1.SCOPO	5
2.CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
3.RIFERIMENTI	6
4.TERMINI E DEFINIZIONI	7
5.DIAGRAMA DI FLUSSO	8
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	9
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	10
7.1. Adattamento schede rilevazione del dolore nei vari setting assistenziali	10
7.2. Rilevazione e gestione dolore nelle UU.OO. di Degenza	10
7.3. Rilevazione e gestione dolore nelle RSA/Hospice	12
7.4. Rilevazione e gestione dolore negli Ambulatori MMG/PLS	14
7.5. Rilevazione e gestione dolore negli Ambulatori Specialistici Ospedalieri e Territoriali	14
7.6. Rilevazione e gestione dolore nelle UVM/UVP ed Equipe Domiciliare ADI/ADI Palliativa	15
8. INDICATORI	16
9.GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ	16
10. ARCHIVIAZIONE.....	16
11. DOCUMENTI RICHIAMATI	17

1. SCOPO

Scopo della procedura è:

- a) Garantire un percorso comune e chiaro per la valutazione, misurazione e gestione del dolore per i pazienti che afferiscono alle strutture sanitarie dell'Azienda, nell'ambito delle attività cliniche e assistenziali.
- b) Uniformare i comportamenti degli operatori professionali nelle modalità di somministrazione e di monitoraggio delle schede di rilevazione e misurazione del dolore, nei vari percorsi assistenziali.
- c) Elaborare le informazioni raccolte, nel corso degli *audit*, per individuare eventuali bisogni non soddisfatti ed intraprendere azioni correttive.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La seguente procedura deve essere applicata da tutto il personale sanitario che afferisce alle strutture di seguito elencate:

- Ambulatori MMG;
- Ambulatori PLS;
- Ambulatori Specialistici Ospedalieri;
- Ambulatori Specialistici Territoriali;
- Equipe Assistenza Domiciliare Integrata;
- Associazioni ONLUS - Cure Palliative Domiciliari;
- Residenze Sanitarie Assistite Pubbliche e Private Accreditate e Contrattualizzate con l'ASP di Catania;
- U.O. di Degenza per Acuti;
- U.O. di Lungodegenza;
- U.O. di Medicina Fisica e Riabilitativa;
- UVM/UVP.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

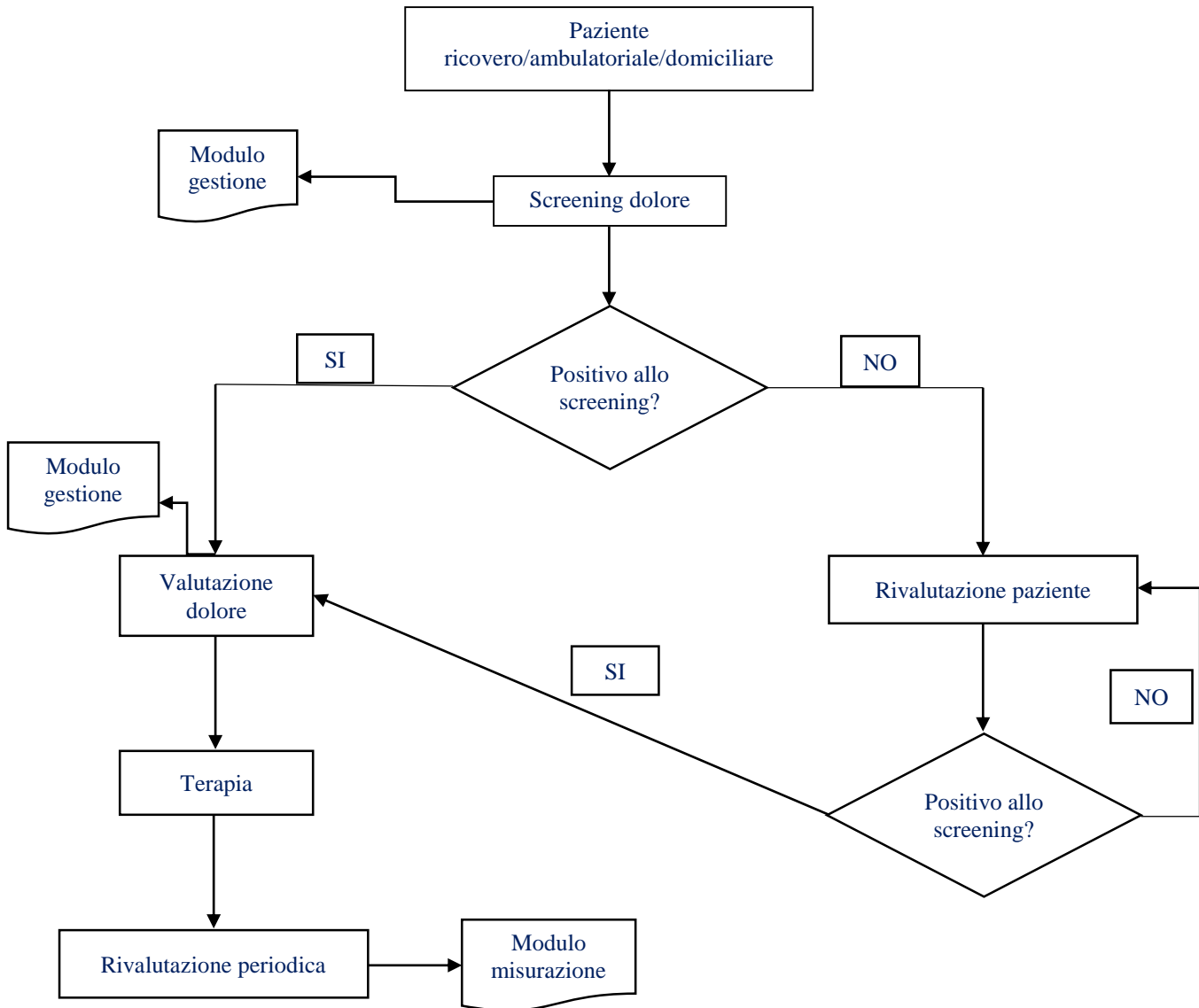
- **Legge 15 marzo 2010 n.38** *“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*.
- **Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010** – *Linee Guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali inerenti la legge 15-marzo-2010 n.38, art.3”*
- **D.A. 3 gennaio 2011** *“Approvazione del Programma di sviluppo della rete delle cure palliative nella regione siciliana e del programma di sviluppo della rete di terapia del dolore nella Regione siciliana”*.
- **D.A. 12 agosto 2011** *“Approvazione dei nuovi standard Joint Commission International per la gestione del rischio clinico”*
- **Conferenza Stato Regioni 25 luglio 2012** – *Requisiti minimi e modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della Terapia del dolore -*
- **Deliberazione Direttore Generale dell'ASP di Catania n.2785 12 settembre 2013** Oggetto: *“Costituzione del Comitato Ospedale-Territorio senza dolore”*
- **D.A. 13 marzo 2013 n.496** *“Linee di indirizzo per le attività di controllo analitiche delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale e piani di controllo”*
- **D.A. 27 dicembre 2013** *“Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico”*.
- **Deliberazione Direttore Generale dell'ASP di Catania n.1249/11.....** Oggetto: *“Preso d'atto del D.A. 27/12/2013 -Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico*
- **D.A 7 aprile 2014** *“Piano annuale controlli analitici 2014”*
- **D.A 22 ottobre 2014 n.47** *“Nuovo piano di organizzazione e sviluppo della rete di terapia del dolore nella Regione siciliana”*
- **Decreto Assessoriale 1 settembre 2014** *“Programma di sviluppo della rete di cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica nella Regione Siciliana*
- **D.A. 5 maggio 2015** *“Rideterminazione della composizione del coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore”*
- **D.A 6 maggio 2015** *“Piano annuale controlli analitici 2015”*.
- **Ministero Della Salute Anno 2010** *“Il dolore nel bambino strumenti pratici di valutazione e terapia”*
- **Ministero Della Salute Anno 2013** *“Il dolore cronico in medicina generale”*.

4. TERMINI E DEFINIZIONI

4.1. ACRONIMI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AMB	Ambulatorio
COTSD	Comitato Ospedale Territorio senza Dolore
DS	Distretto Sanitario
JCI	Joint Commission International
MMG	Medico di Medicina Generale
N.O.C	Nucleo Operativo di Controllo
N.R.S.	Number Rating Scale
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
OPS	Objective Pain Scale
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PO	Presidio Ospedaliero
RSA	Residenza Sanitaria Assistita
UO	Unità Operativa
UVM	Unita di Valutazione Multidimensionale
UVP	Unità Valutativa Cure Palliative

5. DIAGRAMMA DI FLUSSO



6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Personale dei vari setting assistenziali Attività	Infermiere	Medico	COTSD	Responsabile RSA/Hospice
Adattamento schede nei diversi setting assistenziali			R	
Rilevazione, valutazione del dolore ed eventuale prescrizione della terapia		R		
Somministrazione terapia e misurazione dolore	R	R		
Rivalutazione dolore e terapia		R		
Dimissione ed invio al MMG/PLS - Dimissione protetta		R		
Valutazione al momento della presa in carico paziente nelle RSA/Hospice				R

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

La presente procedura, per la rilevazione, valutazione e trattamento del dolore, coerentemente con la normativa richiamata, deve essere applicata in tutte le strutture sanitarie precedentemente elencate. Nello specifico vengono descritte le azioni da intraprendere nei vari setting assistenziali.

7.1. Adattamento schede rilevazione del dolore nei vari setting assistenziali

L'esecutivo del COTSD procede all'adattamento delle schede di gestione e di misurazione del dolore, (Allegati n.A1-Scheda gestione - Scala NRS integrata con la Scala di Bieri, Allegato n.A1a-Scheda misurazione) di cui al D.A. 27/12/2013, nei vari setting assistenziali nei quali dovranno essere adoperati.

Nelle more delle direttive regionali per i pazienti in età pediatrica verrà adottata:

- la scala NIPS (*NEONATAL INFANT PAIN SCALE*) utilizzata in patologia neonatale, dalla nascita ai 30 giorni;
- la scala OPS (*OBJECTIVE PAIN SCALE*) utilizzata nei bambini da 1 mese ai 3 anni;
- la scala *WONG-BACHER FACES* nei bambini dai 3 ai 7 anni;
- la scala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) per pazienti non comunicanti.

7.2. Rilevazione e gestione dolore nelle UU.OO. Ospedaliere di Degenza

7.2.1. Rilevazione e valutazione del dolore con eventuale prescrizione della terapia

Paziente Adulto

Al momento del ricovero il Medico dell'U.O. di Degenza deve effettuare la rilevazione del dolore per tutti i pazienti registrando la presenza o meno del dolore nell'apposito Modulo di Gestione, *M_PGS-7-07_01*, in caso positivo deve procedere alla valutazione clinica del dolore con l'avvio del trattamento e/o con richiesta di consulenza allo specialista di terapia del dolore per l'opportuno trattamento.

Paziente Pediatrico

Nel paziente pediatrico da 0 a 3 anni occorre coinvolgere i genitori nella descrizione del dolore.

Il personale sanitario deve osservare i segni ed i comportamenti indicativi del dolore. Le Scale fisiologiche comportamentali sono essenziali nei casi in cui il bambino non possa fornire direttamente indicazioni sul proprio dolore.

Scale di riferimento:

- NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) utilizzata in patologia neonatale, dalla nascita ai 30 giorni, *M_PGS-7-07_03*;
- OPS (*Objective Pain Scale*) utilizzata nei bambini da 1 mese ai 3 anni, *M_PGS-78-07_04*;
- *WONG-BACHER FACES* (Scale Faccine) utilizzata nei bambini dai 3 ai 7, *M_PGS-7-07_05*;

- NRS nei bambini dagli 8 anni in su verrà utilizzata la scala numerica a 11 punti e le regole di somministrazione sono quelle già definite per il paziente adulto.

Paziente adulto non comunicante

Nei pazienti non in grado di comunicare verbalmente, la rilevazione del dolore verrà effettuata attraverso la scheda PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*), **M_PGS-7-07_06**.

La scheda è costituita da 5 settori che esplorano differenti modalità di manifestare il dolore: respiro, vocalizzazione, espressioni del volto, linguaggio del corpo e consolazione del paziente. Lo score per ogni item nel PAINAD varia da 0 a 2, e dipende dalla severità del comportamento. Se il punteggio della scheda PAINAD è uguale o superiore a 5, occorre segnalare il paziente per una valutazione più approfondita del dolore ed eventuali trattamenti.

La scala è risultata valida ed affidabile nello screening iniziale del dolore nel paziente con grave demenza. Nel paziente con demenza di grado lieve o moderato è indispensabile tentare di raccogliere l'auto-valutazione del paziente (con scala numerica) prima di ricorrere alla valutazione indiretta del dolore da parte degli operatori.

7.2.2. Indicazioni del medico all'infermiere

In caso di paziente con dolore, il medico prescrive la terapia e fornisce le opportune indicazioni al personale infermieristico per la misurazione routinaria del dolore. Dà anche indicazioni sulla eventuale integrazione della terapia (dose *rescue*) se l'intensità del dolore supera il valore di "4".

7.2.3. Informazioni al paziente sui diritti al trattamento del dolore e delle cure palliative

L'infermiere fornisce al paziente e al familiare tutte le informazioni sulla procedura di misurazione del dolore, sui diritti ai trattamenti analgesici e sui doveri della struttura nella gestione del dolore.

7.2.4. Somministrazione terapia e misurazione dolore nelle UU.OO. di Degenza

L'infermiere provvede, nell'ambito della rilevazione dei bisogni assistenziali, anche alla rilevazione del dolore e provvede a misurare l'intensità del dolore con l'apposito Modulo Misurazione dolore, **M_PGS-7-07_02**, due volte al giorno registrando il valore rilevato nella stessa.

Se il paziente chiama per l'intensificarsi del dolore, l'infermiere, provvede ad una ulteriore misurazione e registrazione e se il dolore supera il valore di "4" o comunque è giudicato insopportabile procede al trattamento come indicato dal medico.

A distanza di un'ora torna dal paziente per valutare l'efficacia della terapia con l'usuale scala registrandone l'esito.

Qualora la chiamata provenga da un paziente il cui dolore non era stato rilevato dal medico, l'infermiere provvede a segnalare il caso al medico per avviare l'iter di valutazione.

Nel caso di dolore episodico intenso dovrà rivalutare dopo 20/30 minuti dal trattamento farmacologico.

Nelle U.O. di Medicina Fisica e Riabilitativa la misurazione del dolore può essere effettuata, se necessario, anche dal fisioterapista.

7.2.5. Rivalutazione del dolore e della terapia

La rivalutazione da parte del Medico di tutti i pazienti con dolore nella valutazione iniziale sarà effettuata con cadenza giornaliera.

La rivalutazione deve essere fatta anche nei casi in cui intervengano eventi che modificano la situazione clinica, su segnalazione del paziente e sempre, comunque, dopo intervento che potrebbe essere doloroso per il paziente.

Il Medico dell'U.O. di degenza prende visione delle registrazioni relative alla misurazione del dolore provvedendo alle eventuali variazioni del trattamento.

Nel caso in cui il dolore di un paziente, durante la terapia analgesica, superi il valore soglia di "4" per due volte consecutive, il medico deve rivalutare il caso adottando le decisioni conseguenti in maniera autonoma o richiedendo la consulenza allo specialista di terapia del dolore per l'opportuno trattamento.

7.2.6. Dimissione ed invio al MMG/PLS - Dimissione protetta

Il Medico dell'U.O. di Degenza, al momento della dimissione del paziente, deve riportare nella relazione di dimissione, da inviare al MMG/P.L.S, la valutazione e il trattamento del dolore.

Nella dimissione protetta del paziente da inserire in Cure Domiciliari, in RSA, in Cure Palliative, in *Hospice*, la relazione del medico dovrà contenere indicazioni sulla terapia analgesica.

7.3. Rilevazione e gestione dolore nelle RSA/HOSPICE

7.3.1. Valutazione al momento della presa in carico

Il Responsabile Sanitario della RSA/Hospice verifica, nella relazione inviata dall'UVM o dal Medico dell'U.O. di Degenza, la valutazione del dolore e l'eventuale indicazione terapeutica.

7.3.2. Indicazioni del medico della RSA al trattamento analgesico e segnalazione all'infermiere

Per i pazienti ricoverati in **RSA** il medico effettua la rilevazione del dolore per tutti i pazienti registrando la presenza o meno del dolore nell'apposita scheda di rilevazione, *M_PGS-7-07_01*, per le RSA Aziendali e *M_PGS-7-07_09*, per le RSA convenzionate. In caso positivo deve procedere alla valutazione clinica del dolore con l'avvio del trattamento. La RSA potrà avvalersi di consulenza del Medico Specialista di terapia del dolore per l'opportuno trattamento.

In caso di paziente con dolore, il Medico della RSA prescrive la terapia e fornisce le opportune indicazioni al personale infermieristico per la misurazione routinaria del dolore nell'apposita modulistica, *M_PGS-7-07_02*, per le RSA Aziendali e nella modulistica *M_PGS-7-07_09* per le RSA convenzionate. Dà anche indicazioni sulla eventuale integrazione della terapia (dose *rescue*) se l'intensità del dolore supera il valore di "4".

La rivalutazione sarà effettuata con cadenza giornaliera per tutti i pazienti che alla valutazione iniziale presentano dolore.

7.3.2.1. Misurazione del dolore tutti i giorni ad intervalli definiti in RSA e in caso di chiamata diretta dal paziente

L'infermiere della RSA provvede, nell'ambito della rilevazione dei bisogni assistenziali, anche alla rilevazione del dolore e a misurare l'intensità del dolore con l'apposito modulo due volte al giorno ed a registrare il valore rilevato nella stessa.

Se il paziente chiama per l'intensificarsi del dolore, l'infermiere, provvede ad una ulteriore misurazione e registrazione e se il dolore supera il valore di "4" o comunque è giudicato insopportabile procede al trattamento come indicato dal medico.

A distanza di un'ora torna dal paziente per valutare l'efficacia della terapia con l'usuale scala registrandone l'esito.

Qualora la chiamata provenga da un paziente il cui dolore non era stato rilevato dal medico, l'infermiere provvede a segnalare il caso al medico per avviare l'iter di valutazione.

Nel caso di dolore episodico intenso dovrà rivalutare dopo 20/30 minuti dal trattamento farmacologico.

7.3.3. Indicazioni del medico dell'Hospice al trattamento analgesico e segnalazione all'infermiere

Per i pazienti ricoverati in Hospice, il Medico che accoglie il paziente provvede alla rilevazione e gestione del dolore attraverso programmi personalizzati adeguati alle necessità del paziente, caratterizzato da instabilità di sintomi e segni (in primis dolore) e da necessità di adeguamenti terapeutici continui, finalizzati alla verifica e alla eventuale rimodulazione del piano terapeutico registrando il tutto nell'apposita modulistica *M_PGS-7-07_09*. Fornisce precise indicazioni al personale infermieristico sulla somministrazione della terapia e sulla rivalutazione del dolore dopo 20 minuti circa dalla somministrazione della terapia. Dà anche indicazioni sulla eventuale integrazione della terapia (dose *rescue*) se l'intensità del dolore supera il valore di "4".

7.3.3.1. Misurazione del dolore tutti i giorni ad intervalli definiti in Hospice e in caso di chiamata diretta dal paziente

L'infermiere dell'Hospice provvede alla rilevazione del dolore ed a misurare l'intensità del dolore con l'apposito modulo *M_PGS-7-07_09* due volte al giorno ed a registrare il valore rilevato nello stesso.

Se il paziente chiama per l'intensificarsi del dolore l'infermiere provvede ad una ulteriore misurazione e registrazione e se il dolore supera il valore di "4" o comunque è giudicato insopportabile procede al trattamento come indicato dal medico.

A distanza di un'ora torna dal paziente per valutare l'efficacia della terapia con l'usuale scala registrandone l'esito.

Qualora la chiamata provenga da un paziente il cui dolore non era stato rilevato dal medico, l'infermiere provvede a segnalare il caso al medico per avviare l'iter di valutazione.

Nel caso di dolore episodico intenso dovrà rivalutare dopo 20/30 minuti dal trattamento farmacologico.

7.3.4. Dimissione protetta

In caso di dimissione protetta dalla RSA/Hospice ed avvio alle Cure Domiciliari, la documentazione sanitaria dovrà riportare indicazioni della terapia analgesica e del monitoraggio del dolore.

7.4. Rilevazione e gestione dolore negli Ambulatori di MMG/PLS

7.4.1. Misurazione del dolore negli ambulatori dei MMG/PLS

I Medici di MMG/PLS hanno l'obbligo, per tutti i pazienti in carico, di effettuare lo *screening* del dolore.

In caso di esito positivo devono procedere alla valutazione clinica del dolore, nell'apposita modulistica *M_PGS-7-07_07*, Medici di Medicina Generale, *M_PGS-7-07_08*, Pediatri di Libera Scelta, stabilendone il trattamento e/o l'invio del paziente negli ambulatori di terapia del dolore.

Successivamente devono seguire il follow-up dell'assistito inviato.

I pazienti con dolore neuropatico che non hanno risposto in modo soddisfacente alla terapia antalgica vanno indirizzati presso gli Spoke e Hub e vanno seguiti in follow-up.

La documentazione sanitaria dei pazienti che il Medico Curante avvia per i ricoveri in RSA e/o in Cure domiciliari e/o in Cure Palliative dovrà contenere la valutazione del dolore e il piano individualizzato in una visione multidimensionale della problematica.

7.5. Rilevazione e gestione dolore negli Ambulatori Specialistici Ospedalieri e Territoriali

I Medici degli Ambulatori Specialistici Ospedalieri e Territoriali hanno l'obbligo di effettuare lo *screening* dei pazienti che afferiscono al proprio ambulatorio e in caso positivo procedere alla rilevazione clinica, all'eventuale trattamento e/o all'avvio agli ambulatori di terapia del dolore e/o al MMG utilizzando l'apposita modulistica *M_PGS-7-07_01*.

7.6. Rilevazione e gestione dolore nelle UVM/UVP ed Equipe Domiciliare ADI/ADI Palliativa

7.6.1. Valutazione e trattamento del dolore nel PAI

E' compito dei Medici delle UVM/UVP, in sede di prima valutazione, effettuare lo screening per l'eventuale valutazione clinica e prescrizione del trattamento nel PAI, d'intesa con il MMG/PLS, registrando la valutazione del dolore nell'apposita modulistica *M_PGS-7-07_01*.

Parimenti farà in sede di rivalutazione per proroga dell'assistenza.

7.6.2. Équipe domiciliare ADI/ADI Palliativa

Per tutti i pazienti presi in carico dovrà essere effettuato, dal Medico, lo screening del dolore e in caso di positività dovrà essere segnalata la necessità di rivalutazione all'UVM/UVP per l'eventuale variazione del PAI.

In ogni caso, in assenza/presenza di dolore, gli operatori coinvolti nel processo di cura dovranno effettuare il costante monitoraggio attraverso la misurazione che dovrà essere registrata nell'apposito modulo *M_PGS-7-07_10*.

La misurazione sarà effettuata almeno una volta nei giorni previsti per l'accesso nelle Cure Domiciliari. Per gli utenti seguiti in Cure Domiciliari, laddove nel PAI sia previsto il trattamento del dolore, le diverse figure professionali che assistono al domicilio il paziente (medico, infermiere, ecc.) ad ogni accesso devono provvedere al monitoraggio del dolore, utilizzando l'apposito modulo inserito nella cartella domiciliare, e segnalare all'UVM eventuali altri sintomi non precedentemente rilevati per l'eventuale modifica del PAI.

L'UVM, verificata la necessità di consulenza specialista per la sintomatologia dolorosa potrà avvalersi della consulenza del Medico Specialista della terapia del dolore della ditta in convenzione.

Per gli utenti seguiti in Cure Palliative Domiciliari, l'équipe deve provvedere, alla rilevazione e al monitoraggio e trattamento del dolore. Ad ogni accesso domiciliare le differenti figure professionali coinvolte devono aggiornare l'apposita scheda inserita nella cartella domiciliare. Il Medico Palliativista, se necessario, provvederà ad adeguare il trattamento. All'utilizzo dei farmaci è parimente importante affrontare i problemi psicologici affettivo-relazionali, sociali e spirituali in un approccio metodologico multidisciplinare.

8. INDICATORI

Dimensione della qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
Qualità Organizzativa	Completezza Rintracciabilità	UO Degenza: N° schede dolore compilate / N° cartelle esaminate	100%
		Ambulatori MMG/PLS: N° schede dolore compilate / N° schede esaminate	100%
		N° pazienti avviati agli ambulatori di terapia antalgica / N° pazienti positivi allo screening e non trattabili nel proprio ambulatorio	100%
		Ambulatori Specialistici: N° schede dolore compilate / N° cartelle esaminate	100%
		UVM/UVP: N° schede dolore compilate / N° schede esaminate di pazienti presi in carico	
		Equipe Domiciliare: N° schede dolore compilate/ N° cartelle domiciliari esaminate	100%

9. GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'

Le non conformità eventualmente riscontrate devono essere gestite secondo quanto indicato dalla PGQ-8-01 "Gestione delle non conformità" e registrate sui moduli M_PGQ-8-1_01 "Rapporto di Non Conformità" e M_PGQ-8-01-02 "Registro delle Non Conformità".

10. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura, con la relativa modulistica allegata, viene archiviata dall'U.O. Sistema Qualità Aziendale e dal COTSD per un periodo di 3 anni.

L'archiviazione delle schede di rilevazione, valutazione, rivalutazione e di monitoraggio fa parte integrante della documentazione sanitaria del paziente, pertanto, le predette schede devono essere archiviate unitamente alle cartelle cliniche, alle cartelle ambulatoriali, cartelle domiciliari del paziente.

11. DOCUMENTI RICHIAMATI

M_PGS-7-07_01	<i>Gestione dolore</i>
M_PGS-7-07_02	<i>Misurazione dolore</i>
M_PGS-7-07_03	<i>Gestione e misurazione dolore neonatale</i>
M_PGS-7-07_04	<i>Gestione e misurazione dolore da 1 mese a 3 anni</i>
M_PGS-7-07_05	<i>Gestione e misurazione dolore da 3 a 7 anni</i>
M_PGS-7-07_06	<i>Gestione e misurazione dolore paziente non comunicante</i>
M_PGS-7-07_07	<i>Gestione e valutazione dolore MMG</i>
M_PGS-7-07_08	<i>Gestione e valutazione del dolore PLS</i>
M_PGS-7-07_09	<i>Gestione e misurazione dolore RSA Convenzionate/Hospice</i>
M_PGS-7-07_10	<i>Gestione e misurazione dolore Cure Domiciliari e Cure Palliative Domiciliari</i>



PROCEDURA

Gestione del dolore: Valutazione e misurazione nelle Strutture Territoriali e nei Presidi dell'ASP di Catania

PGS-7-07

Ed. 0 Rev. 01
Data 07/07/2016

Indice di revisione

Ed.0 Rev. 00

Ed. 0 Rev. 01

Motivo della revisione

Emissione

Semplificazione delle procedure di monitoraggio del dolore nei pazienti con assenza di dolore alla valutazione iniziale

Data

07 ottobre 2015

07 luglio 2016

Redazione

Data 07/07/2016

Pietro Ciadamidaro

Maria Di Franco

Vittorio Di Geronimo

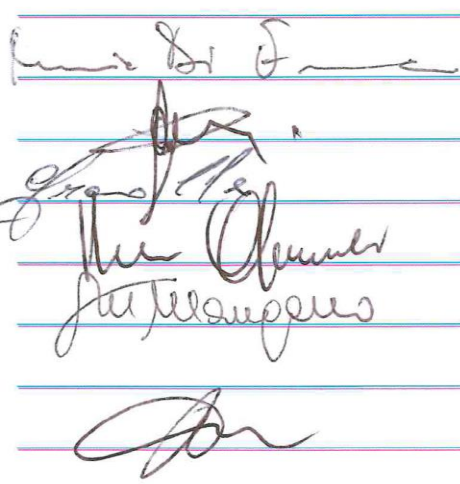
Carmela Grasso

Domenico Grimaldi

Maria Agata Mangano

Giuseppe Mazzola

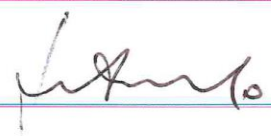
Giovanna Pellegrino



Verifica

Data 07/07/2016

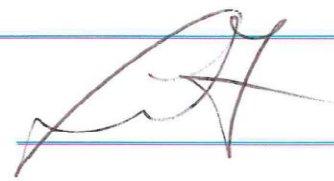
Alfio Cristaudo



Approvazione

Data 13/7/16

Francesco Luca



Ratifica

Data 15/7/16

Giuseppe Giammanco

