DECRETO 27 dicembre 2013.

Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico.

IL DIRIGENTE GENERALE
DEL DIPARTIMENTO REGIONALE
PER LE ATTIVITÀ SANITARIE
E OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978 n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n. 10;

Vista la legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19 "Norme per la riorganizzazione dei dipartimenti regionali. Ordinamento del Governo e dell'Amministrazione della Regione";

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

Visto il D.A. n. 1528 del 12 agosto 2011, con il quale sono stati approvati i nuovi standard per la gestione del rischio clinico nell'ambito del progetto regionale patient safety and emergency department;

Visto il D.A. n. 1150 del 15 giugno 2009 che istituisce i nuclei operativi di controllo (NOC), che hanno il compito di effettuare la valutazione analitica delle cartelle cliniche per verificare l'appropriatezza delle prestazioni;

Vista la legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" che all'art. 2 definisce terapia del dolore "l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti ad individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee ed appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione ed il controllo del dolore";

Considerato che la stessa legge continua all'art. 4: "Il Ministero della salute (...) nel triennio 2010-2012 promuove la realizzazione di campagne informative destinate ai cittadini sui criteri di accesso alle prestazioni ed ai programmi di assistenza in materia di cure palliative connesso alle malattie neoplastiche o a malattie croniche e degenerative";

Considerato che per effetto della sopra citata legge il medico (sia medico di medicina generale, sia specialista territoriale che ospedaliero) dovrà indicare, all'interno della documentazione sanitaria dei singoli pazienti, il grado di dolore, che verrà a sua volta 'misurato' in base ad una serie di parametri;

Considerate le risultanze delle attività svolte dal gruppo di lavoro regionale nominato con nota di questo dipartimento prot. n. 85424 del 25 ottobre 2011 al fine di predisporre un programma di implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico;

Considerato che la valutazione e gestione del dolore cronico costituisce un intervento operativo del Piano di consolidamento e sviluppo 2013-2015 e, quindi, obiettivo per la valutazione dei direttori generali;

Decreta:

Art. 1

Il programma regionale

È approvato il programma regionale per la valutazione e gestione dei pazienti con dolore cronico e la relativa implementazione come da allegato "Programma per la valutazione e gestione dei pazienti con dolore cronico" che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2

Popolazione di riferimento

Le indicazioni del programma di cui all'art. 1 sono relative alla popolazione target definita "Pazienti di età maggiore di 16 anni con dolore persistente, continuo o ricorrente di intensità e durata sufficientemente lunga per compromettere lo stato di salute, il grado di autonomia e la qualità della vita. Qualora il dolore dovesse persistere da sei settimane o oltre sarà obbligatoria una valutazione completa".

Art. 3

Diritto alla salute

A tutti i pazienti deve essere garantito il processo di gestione del dolore attraverso la rilevazione, la misurazione e il relativo trattamento utilizzando gli strumenti contenuti nel programma di cui all'art. 1.

Art. 4

Responsabilità

Tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ospedaliere e territoriali, nonché i medici di medicina generale devono garantire quanto disposto dall'art. 3, inserendo nella documentazione sanitaria le schede di rilevazione e misurazione del dolore.

Art. 5

Attuazione

Le direzioni aziendali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate devono sistematicamente promuovere, diffondere e dare attuazione al cronoprogramma dell'allegato di cui all'art. 1.

La promozione, la diffusione e l'implementazione deve prevedere almeno:

— la distribuzione della guida a tutti i professionisti sanitari;

— la divulgazione tramite i siti intranet ed internet aziendali con un percorso che sia facilmente consultabile dagli operatori;

— l'inserimento nei piani formativi aziendali rivolti a tutti gli operatori, privilegiando workshop interattivi, formazione sul campo, remainder;

— svolgimento dell'audit clinico per il raggiungimento degli standard da effettuare secondo le modalità e i tempi contenuti nel cronoprogramma dell'allegato, di cui all'art. 1.

Art. 6

Sistema dei controlli interni ed esterni

Le aziende sanitarie provinciali devono verificare l'effettiva adozione di quanto previsto dall'art. 3 e art. 4.

Le verifiche sulla valutazione del dolore costituiscono oggetto dei controlli analitici sulle cartelle cliniche svolti nell'ambito del programma regionale per l'appropriatezza tramite i nuclei operativi di controllo.

Art. 7

Valutazione

L'attuazione del programma di cui all'art. 1 rientra tra gli obiettivi di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie.

Art. 8

Il presente decreto verrà inviato alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per l'integrale pubblicazione in parte prima, comprensiva degli allegati.

Palermo, 27 dicembre 2013.

TOZZO

Allegato

PROGRAMMA PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DEI PAZIENTI CON DOLORE CRONICO

REGIONE SICILIANA

Assessorato della salute

Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico
Servizio 5 - Qualità, Governo clinico, Sicurezza dei pazienti

Regione siciliana - Assessorato della salute

Lucia Borsellino
— Assessore per la salute.

Ignazio Tozzo
— Dirigente generale.
— Dipartimento attività sanitarie e osservatorio epidemiologico.
— Assessorato della salute.

Giuseppe Murolo
— Dirigente responsabile servizio 5 - Qualità, Governo clinico, Sicurezza dei pazienti.
— Dipartimento attività sanitarie e osservatorio epidemiologico.
— Assessorato della salute.

Giovanni De Luca
— Responsabile U.O. Qualità e Governo clinico.
— Dipartimento attività sanitarie e osservatorio epidemiologico.
— Assessorato della salute.

Gruppo di lavoro:
— Nicolò Borsellino - Responsabile oncologia medica ospedale Buccheri-La Ferla;
— Filippo Bellinghieri - Direttore U.O.C. anestesia e rianimazione, A.S.P. Messina;
— Alfredo Butera - Dirigente oncologo medico ospedale San Giovanni di Dio Agrigento;
— Fabio Cartabellotta - Dirigente medico ospedale Buccheri-La Ferla esperto in EBM, coordinatore del gruppo di lavoro.
— Salvatore Corrao - Direttore U.O.C. Medicina interna ARNAS Civico di Palermo;
— Audenzio D'Angelo - Direttore Dipartimento medico ospedale Buccheri-La Ferla;
— Pasquale Enea - Dirigente medico U.O. Terapia del dolore anestesia e rianimazione ARNAS Civico Palermo - I Rianimazione;
— Lucia Maria - Direttore U.O. Anestesia e rianimazione III - Terapia del dolore AO. Villa Sofia-Cervello, Palermo;
— Giovanni Merlino - Medico di medicina generale Palermo;
— Agnese Sellaro - Psicologa psicoterapeuta, dirigente psicologo A.U.S.L. di Aosta, Presidente Associazione Igea;
— Nicola Torina - Infermiere caposala esperto in EBN ospedale Buccheri-La Ferla.

1. Dolore cronico: introduzione

La definizione di dolore è: "spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un danno tissutale presente o potenziale o descritta come tale dal paziente (International Association for the Study of Pain, 1979, 1994, 1998).

Più di recente si fa distinzione fra dolore nocicettivo definito come "processo patologico in organi e tessuti periferici con proiezione del dolore nella parte del corpo danneggiata o dolore riferito" e dolore neuropatico definito come "dolore dovuto a lesione o disfunzione del sistema nervoso" (IASP 1994) ed ancora più recentemente come "dolore che deriva come diretta conseguenza di una lesione o malattia del sistema somatosensoriale" (Treede at al. Neurology 2008) quindi il dolore neuropatico è un processo patologico del sistema somatosensoriale con proiezione del dolore nel territorio di innervazione.

Il dolore cronico può essere nocicettivo, degenerativo e/o infiammatorio, per stimolazione recettoriale nei tessuti somatoviscerali e neuropatico per alterazione del sistema somatosensoriale.

Tali tipologie di dolore, sostenute da meccanismi in parte noti, possono sommarsi in modo e misura variabile, determinando quadri clinici di dolore misto e complesso.

Il dolore è sintomo di una malattia, ma il dolore cronico esso stesso è malattia se dura oltre i 3-6 mesi o se persiste oltre i tempi di guarigione della malattia di base. Il dolore così prolungato ed il suo mancato corretto trattamento porta verso il dolore globale che è somatizzazione, rabbia, ansia, depressione.

"Il dolore cronico e il dolore oncologico rappresentano un problema di salute pubblica a livello mondiale sia per l'invecchiamento della popolazione che comporta una maggior frequenza di patologie osteoarticolari, arteriopatie e neuropatie, sia per l'aumento della patologia oncologica".

Il dolore costituisce un problema di notevole impatto psicologico, sociale ed economico che necessita di essere studiato, oltre che a livello individuale, anche nella sua globalità e che occorre trattare efficacemente e se possibile, prevenire in ogni ambito.

Numerosi studi e ricerche hanno evidenziato che negli ospedali italiani un malato su due fa i conti con il dolore provocato dalla malattia che lo affligge.

L'inadeguato controllo del dolore, oltre a determinare una inaccettabile sofferenza per il paziente, comporta il prolungamento della degenza, l'aumento delle complicanze e della mortalità, l'aggravio dei costi sociali, per le malattie acute e croniche, anche al di fuori dei ricoveri ospedalieri.

A tal proposito la legge n. 38 del 15 marzo 2010 mira a consentire al cittadino l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore ed in modo esplicito l'art. 2 definisce terapia del dolore "l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti ad individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee ed appropriate terapie farmaco-

logiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione ed il controllo del dolore".

La stessa legge continua all'art. 4: "Il Ministero della salute (...) nel triennio 2010-2012 promuove la realizzazione di campagne informative destinate ai cittadini sui criteri di accesso alle prestazione ed ai programmi di assistenza. in materia di cure palliative connesso alle malattie neoplastiche o a malattie croniche e degenerative".

Da tempo in gran parte del mondo "civile" hanno preso avvio progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale, specificatamente rivolti al controllo del dolore di qualsiasi origine e che si riconoscono nella campagna internazionale "Verso un ospedale ed un territorio senza dolore", avviata in Canada nel '93 con l'appoggio dell'OMS.

I principi su cui si fonda questa campagna sono così formulati:

- il dolore è un problema trasversale a tutte le specialità presenti negli ospedali;
- la campagna deve coinvolgere il sistema sanitario regionale;
- occorre dare sollievo ad ogni tipo di dolore all'interno delle strutture ospedaliere ed ai pazienti affluenti nel territorio;
- è essenziale che alla campagna partecipi tutta la cittadinanza, la cui qualità di vita deve essere monitorata.

Nel marzo 2010 come detto, è stata approvata, nel nostro Paese, la cosiddetta legge 'sul dolore', per effetto della quale il medico (sia di MMG, sia specialista territoriale che ospedaliero) dovrà indicare, all'interno della cartella clinica dei singoli pazienti, il grado di dolore, che verrà a sua volta 'misurato' in base ad una serie di parametri.

Al medico, quindi, il compito di chiedere allo stesso paziente l'intensità del dolore derivante dalle varie patologie, indicare il grado nella cartella clinica, ed operare di conseguenza, con gli opportuni interventi anti-dolorifici, tra cui anche gli oppioidi. La legge include, all'interno dei dolori da tenere in considerazione, tutte le tipologie, di qualunque natura esse siano (post operatorio, collegato ad accertamenti diagnostici invasivi, fino a quello legato alle patologie croniche).

A proposito di opportuni interventi anti-dolorifici, ancora oggi in Italia si registra una forte resistenza all'impiego di farmaci analgesici oppioidi nel trattamento del dolore severo.

Eppure, uno degli indicatori impiegati dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per la misurazione della qualità della vita e dell'adeguatezza dei trattamenti per curare tutti i tipi di dolore si basa sulle dosi pro-capite di morfina e farmaci oppioidi utilizzati.

A seguito della legge n. 38/10 che ha facilitato la prescrizione dei farmaci oppiacei si è voluto monitorare l'uso di tali farmaci e dalla relazione al Parlamento del Ministro della salute del 2010, che fa riferimento a dati trasmessi dall'Agenzia italiana del farmaco agli uffici competenti del Ministero della salute, si evince, con la fig., un progressivo ma modesto aumento nella vendita di oppiacei dal 2008 in poi.

Tab. 4 - Confezioni di medicinali vendute in Italia nei semestri 2008-2011

2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011
I semestre	II semestre	I semestre	II semestre	I semestre	II semestre	I semestre
2.444.243*	2.454.143*	2.616.931*	2.717.334*	3.671.962*	4.181.364*	4.740.368*
				3.955.648**	3.990.565**	4.348.477**
* Oppiacei, con esclusione della codeina				** Codeina - Associazioni		

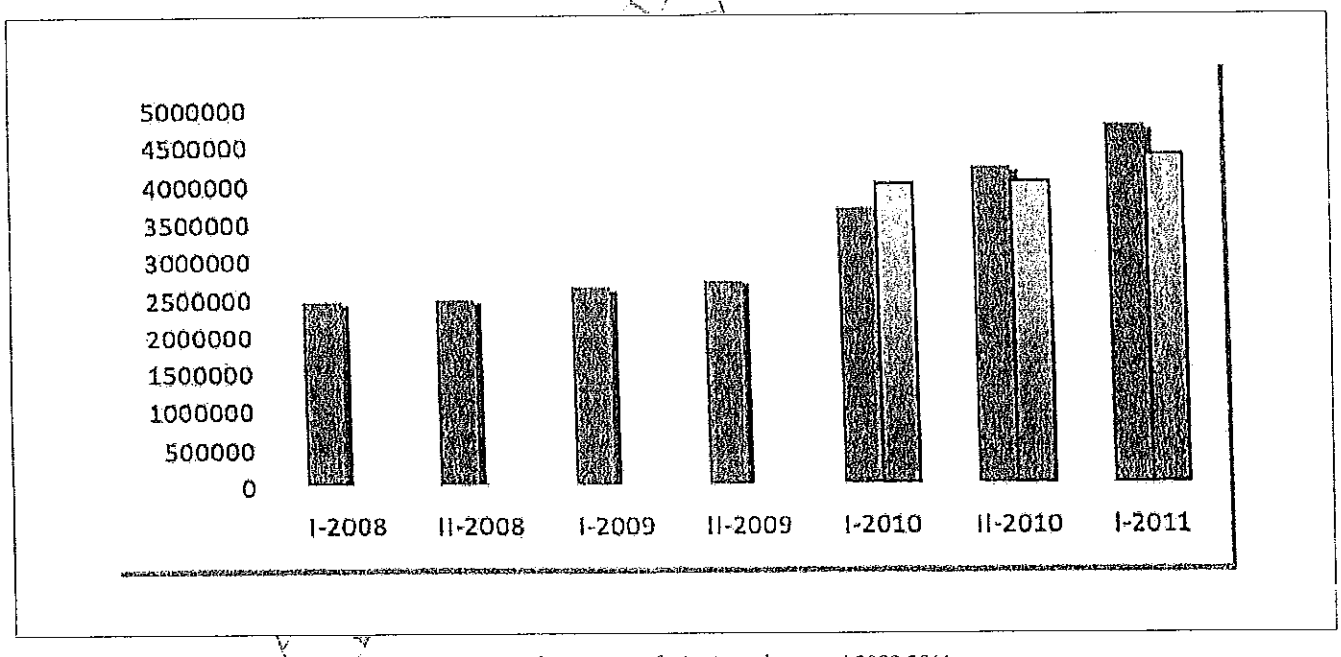


Fig. 10 - Distribuzione confezioni vendute anni 2008-2011

La tabella 5 (sotto riportata) della relazione al Parlamento 2010 mostra il consumo della Dose Definita Giornaliera che la OMS definisce come la "dose media di mantenimento, assunta giornalmente, di un farmaco utilizzato per la sua indicazione principale in soggetti adulti".

Si evidenzia che il consumo di DDG va aumentando progressivamente in misura variabile per tutti gli oppiacei in commercio.

DDD relative ai medicinali a base di oppioidi, escluse la codeina in associazione

		2008 I semestre	2008 II semestre	2009 I semestre	2009 II semestre	2010 I semestre	2010 II semestre	2011 I semestre
ATC L5	Principio attivo	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD	DDD
N02AA01	Morfina	3.013.113	3.022.379	3.133.214	3.084.793	3.873.129	4.588.344	5.194.915
N02AA03	Idromorfone	228.664	273.638	338.562	509.322	611.696	643.317	649.740
N02AA05	Ossicodone	948.594	1.163.436	1.442.458	1.667.366	1.848.249	2.136.680	2.169.964
N02AB03	Fentanil	4.503.390	4.586.721	4.577.629	4.941.473	5.433.070	5.890.468	6.406.091
N02AE01	Buprenorfina	1.257.702	1.284.905	1.253.839	1.344.001	1.834.611	1.896.482	2.035.632
N02AA55	Ossicodone Paracetamolo	43.435*	52.605*	59.647*	113.477*	2.105.425**	2.439.045**	2.724.309**
N02AA55	Ossicodone Naloxone	na	na	na	na	na	na	327.353
N02AD01	Tapentadolo	na	na	na	na	na	na	na
		* Dato riferito al solo dosaggio 20 mg cpr				** Dato riferito a tutti i dosaggi cpr		

Nella relazione relativa al 2012 si evidenzia:

— Spesa per oppioidi forti . . . . . € 92.535,00
— Spesa per oppioidi deboli . . . . . € 78.579,00
— Spesa per altri analgesici . . . . . € 827.165,14

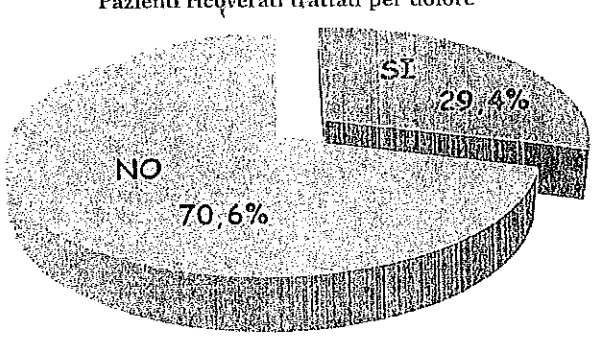
Tab. 1 - Trattamento del dolore, confronto Italia-Europa (Pain in Europe Survey 2002-2003)

	Italia	UK	Tot. EU
Fans	68	23	44
Inibitori COX 2	7	3	6
Paracetamolo	6	38	18
Oppioidi minori	13	50	23
Oppioidi maggiori	<1	12	5

Nonostante l'incremento, l'Italia rimane tra gli ultimi Paesi in Europa nella classifica per consumo di questa categoria di farmaci: la difficoltà nella prescrizione di questi medicinali è principalmente dovuta alla scarsa cultura del medico ed alla necessità storica di ricorrere ad un ricettario speciale (abolita da poco tempo). Inoltre, il dolore non è uno degli indici normalmente misurati negli ospedali, come la pressione del sangue o la temperatura, e non viene riportato in cartella clinica come accade già dal 2001 negli Stati Uniti. In Italia, sia le cartelle dei medici di medicina generale sia quelle ospedaliere, ad oggi solo in minima parte, che si può definire trascurabile, presentano scale di rilevamento del dolore.

Un recente studio FADOI evidenzia quanto suddetto:

Pazienti ricoverati trattati per dolore



Occorre sottolineare che, attualmente, nel nostro Paese, nonostante le disposizioni di legge, il dolore cronico è principalmente contrastato con strategie di diffusione passiva delle principali indicazioni, che purtroppo dimostrano scarsa incisività nel cambiamento del comportamento dei professionisti sanitari, derivanti dalla letteratura e dalla esperienza internazionale legato al fatto che ad oggi i programmi di implementazione delle linee guida per il trattamento del dolore sono assolutamente insufficienti.

Per questo motivo, la nostra Regione vuole in controtendenza sviluppare un progetto di implementazione per il miglioramento del processo di gestione del dolore cronico, tramite la promozione di un importante strumento di provata efficacia per il miglioramento del comportamento dei professionisti: l'audit clinico.

Si precisa che il presente documento è rivolto specificamente al problema del dolore cronico e non può essere considerato esaustivo per la gestione di altre forme di dolore (ad es. dolore acuto, dolore post-chirurgico) che saranno oggetto di ulteriori documenti.

2. Dolore cronico: gruppo di lavoro e metodologia

Il presente documento è stato elaborato dal gruppo di lavoro composto dai seguenti esperti:

— Nicolò Borsellino - Responsabile oncologia medica ospedale Buccheri La Ferla;

— Filippo Bellinghieri - Direttore U.O.C. anestesia e rianimazione, A.S.P. Messina;

— Alfredo Butera - Dirigente oncologo medico ospedale San Giovanni di Dio Agrigento.

— Fabio Cartabellotta - Dirigente medico ospedale Buccheri-La Ferla esperto in EBM; coordinatore del gruppo di lavoro,

— Salvatore Corrao - Direttore U.O.C. medicina interna ARNAS Civico di Palermo;

— Audenzio D'Angelo - Direttore dipartimento medico ospedale Buccheri-La Ferla;

— Pasquale Enea - Dirigente medico responsabile U.O. terapia del dolore, anestesia e rianimazione ARNAS Civico Palermo - I Rianimazione;

— Lucia Maria - Direttore U.O. anestesia e rianimazione III - Terapia del dolore A.O. Villa Sofia-Cervello, Palermo;

— Giovanni Merlino - Medico di medicina generale Palermo;

— Agnese Sellaro - Psicologa psicoterapeuta, dirigente psicologo A.U.S.L. di Aosta, Presidente Associazione Igea;

— Nicola Torina - Infermiere caposala esperto in EBN ospedale Buccheri-La Ferla.

Il gruppo di lavoro si è riunito ed ha operato secondo il seguente piano di lavoro:

A) Predisposizione strumenti:
- scelta/predisposizione delle scale di valutazione del dolore;
- scelta/predisposizione piano di monitoraggio;
- redazione scheda di valutazione e di monitoraggio del dolore;
- selezione delle principali linee guida e documenti accessori;
- redazione degli algoritmi terapeutici;
- redazione tabelle farmaci prescrivibili.

B) Implementazione regionale:
progetto di Audit regionale per la valutazione e gestione del paziente con dolore cronico.

Il gruppo di lavoro ha individuato quale popolazione target dei documenti prodotti "Pazienti di età maggiore di 16 anni con dolore persistente, continuo o ricorrente di intensità e durata sufficientemente lunga per compromettere lo stato di salute, il grado di autonomia e la qualità della vita. Qualora il dolore dovesse persistere da sei settimane o oltre sarà obbligatoria una valutazione completa".

Ha individuato contestualmente i seguenti destinatari: direttori sanitari, direttori di presidio, direttori generali, medici di medicina generale, medici ospedalieri, appartenenti sia all'area chirurgica che medica, medici ambulatoriali.

La consultazione delle principali banche dati di linee guida, utilizzando i termini "Chronic AND pain" ha individuato 592 potenziali linee guida. Il gruppo di lavoro utilizzando criteri di rilevanza e pertinenza, in accordo con una valutazione critica della qualità (strumento AGREE II) ha selezionato i seguenti documenti (in allegato):

1) Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain - Institute for clinical Systems Improvement - novembre 2011.

Documento rilevante, pertinente e di grande qualità metodologica; affronta complessivamente la problematica e include algoritmi terapeutici di immediata leggibilità.

Presenta inoltre esempi di progetti di implementazione.

2) Management of Opioid Therapy for Chronic pain - Department of Veterans Affairs Department of Defense - maggio 2010.

Documento rilevante, pertinente e di grande qualità metodologica; affronta la problematica dell'uso degli oppioidi.

Documenti accessori

3) Adult Cancer Pain - NCCN 2011.

Documento completo che rispetta tutti i criteri metodologici e riguarda solo la malattia oncologica, può essere utilizzato a supporto degli altri documenti, presenta algoritmi terapeutici completi inerenti la patologia oncologica.

4) Managing Chronic Non-Terminal Pain in Adults Including Prescribing Controlled Substances University of Michigan.

Presenta delle interessanti schede che possono essere utilizzate a supporto con le nomenclature dei farmaci ed i dosaggi.

5) Interagency Guideline on Opioid Dosing for Chronic Noncancer Pain. An educational aid to improve care and safety with opioid therapy. Update 2010 - Agency Medical Directors Group.

Documento sovrapponibile al n. 2 ma con interessanti spunti che possono essere utilizzati ad integrazione soprattutto in termini di semplicità e schematicità.

6) Practice Guidelines for Chronic Pain Management An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine 2010, the American Society of Anesthesiologists.

Il documento a supporto è selezionato perché disamina in maniera metodologicamente corretta tutte le metodiche miniinvasive prettamente anestesiologiche.

Con la metodologia suddetta sono stati predisposti i seguenti strumenti:

- Scheda gestione (A1).
- Scheda misurazione (A1a).
- Introduzione all'algoritmo diagnosi del dolore.
- Algoritmo di diagnosi del dolore (A2).
- Introduzione all'algoritmo del trattamento del dolore.
- Algoritmo di trattamento del dolore nocicettivo (A3).
- Algoritmo di trattamento dolore neuropatico (A4).
- Tabella farmaci dolore neuropatico (A5).
- Introduzione all'algoritmo gestione farmaci oppioidi.
- Algoritmo gestione oppiodi (A6).
- Audit regionale per la valutazione e gestione del paziente con dolore cronico.

COPIA TRATTA DA SITO WEB NON VALIDA PER LA CONSULTAZIONE

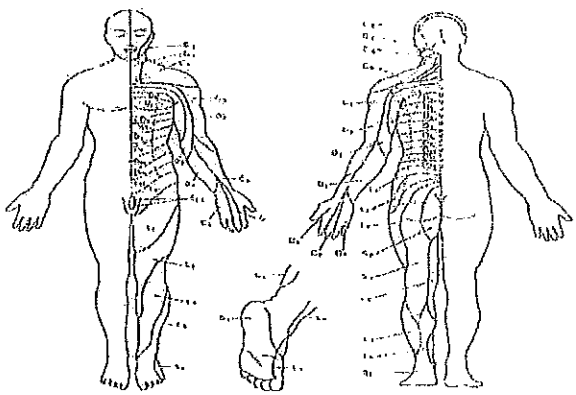
3. Scheda gestione (A1)

SCHEDA VALUTAZIONE CLINICA DEL DOLORE

logo ospedale

nome		data
cartella n°	U.O.	
diagnosi d'ingresso		

foglio n.



Dolore

- ☐ acuto
- ☐ cronico
- ☐ riacutiz. in dolore cronico
- ☐ breakthrough pain
- ☐ somatico
- ☐ viscerale
- ☐ a riposo
- ☐ in movim.

sede (S)

irradiazione (I)

da quanto tempo è presente il dolore

come descrive il suo dolore?		☐	crampiforme	☐	urente	☐	elettrico
	☐ tagliente	☐	sordo	☐	gravativo	☐	costrittivo
	☐ pulsante	☐	altro (specificare)				
disturbi neurologici associati		☐	anestesia	☐	ipoestesia	☐	iperestesia
	☐ parestesie	☐	iperalgesia	☐	allodinia	☐	prurito
	☐ deficit motori	☐	altro/note				

note anamnestiche relative al dolore

diagnosi algologica

NRS segnare una X sul numero corrispondente all'intensità del dolore

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE

☐ dolore nociceptivo

☐ dolore neuropatico

0: il dolore non interferisce; 1: interferisce a volte; 2: interferisce spesso o sempre

attività lavorativa	0	1	2	il dolore le impedisce di dormire	sì ☐ no ☐
relazioni sociali ed interpersonali	0	1	2	note d'ansia	sì ☐ no ☐
relazioni affettive	0	1	2	note di depressione	sì ☐ no ☐

terapia effettuata

terapia in corso

terapia prescritta

firma medico

rivalutazione

data _____ ora _____ nrs note	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE
firma	
data _____ ora _____ nrs note	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE
firma	
data _____ ora _____ nrs note	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE
firma	
data _____ ora _____ nrs note	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE
firma	
data _____ ora _____ nrs note	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE
firma	
data _____ ora _____ nrs note	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE
firma	
data _____ ora _____ nrs note	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE
firma	

4. Scheda misurazione (A1a)

cognome nome	data nascita	cartella clinica/inferm.
unità operativa	diagnosi	data ricovero

data			data			data			data			data			data			data		
ora	NRS	firma	ora	NRS	firma	ora	NRS	firma	ora	NRS	firma	ora	NRS	firma	ora	NRS	firma	ora	NRS	firma

Valutazione del dolore ad intervalli regolari

Se dolore episodico intenso rivalutare dopo 20-30 minuti dal trattamento farmacologico

NRS = Riportare il numero corrispondente relativo all'intensità del dolore

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no dolore lieve moderato forte insopportabile

5. **Introduzione all'algoritmo di diagnosi del dolore**

La valutazione del dolore cronico deve includere la determinazione dei meccanismi del dolore attraverso la documentazione della localizzazione del dolore, l'intensità, la qualità e l'insorgenza/durata; la ricerca delle abilità funzionali residue del paziente; deve includere inoltre la valutazione dello stato psicologico/fattori sociali come la depressione o abuso di sostanze.

Il primo obiettivo del trattamento è un miglioramento del "benessere" e delle funzioni dei pazienti, gli stessi devono sviluppare a lungo termine una capacità di autogestione di fronte al dolore che può persistere nel tempo, che è una caratteristica propria del dolore cronico.

In un paziente ben trattato, infatti, vanno valutati tutti i multifattori che concorrono alla sofferenza legata al dolore e deve essere approntato un piano di cura completo. I farmaci non sono l'unico obiettivo del trattamento nella gestione del dolore e dovrebbero essere utilizzati, quando necessario, per raggiungere gli obiettivi globali della terapia in combinazione con altre modalità di trattamento.

All'utilizzo dei farmaci è parimenti importante affrontare le questioni psicologiche, spirituali e culturali. È fondamentale avere un approccio di team multidisciplinare, coordinato dal medico di base, per guidare un gruppo composto oltre che dal terapista del dolore da altre aree di specializzazione come quella psicologica e della riabilitazione fisica.

Uno degli obiettivi dell'anamnesi nei pazienti con dolore cronico non da patologie maligne (in particolare) che sono selezionati per l'utilizzo di oppiacei, controllare se gli stessi hanno segni di abuso di sostanze e/o comportamenti aberranti.

Algoritmo di valutazione

Critical First Step: Assessment.
Raccomandazioni: Grado A.

- Nella valutazione del paziente con dolore cronico è essenziale effettuare una buona storia generale ed un esame fisico del paziente.
- Compilare la scheda di valutazione.
- Formulare un'ipotesi etiologica.

In tutti i pazienti deve essere fatta un'adeguata anamnesi patologica remota e prossima.

È utile indagare anche sulla qualità del sonno e sulla dieta, ovvero se il paziente si nutre in maniera adeguata; è importante capire se vi è una storia di depressione o altri elementi di psicopatologia che possono influire sulla percezione del dolore; un passato di abuso fisico o sessuale rappresentano fattori importanti per la percezione del dolore. Bisogna evidenziare le malattie già note da cui è affetto il paziente, sia perché possono avere un rapporto con la sintomatologia dolorosa sia perché possono comportare trattamenti farmacologici di cui bisogna tenere conto.

L'anamnesi farmacologica deve puntualizzare sia i fannaci in uso per altre patologie sia gli analgesici già usati e le relative dosi, gli eventuali effetti indesiderati, le intolleranze farmacologiche, le allergie.

La valutazione del dolore include la sede del dolore, l'intensità (misurata ad esempio su una scala analogica visiva), la qualità, l'insorgenza, la durata, le variazioni, il ritmo ed i fattori che eventualmente ne modificano il grado.

Si passa quindi all'esame obiettivo che può essere distrettuale, mirato alla problematica in esame, e deve includere strumenti di valutazione del dolore e la misurazione della intensità del dolore.

Determinare i meccanismi biologici del dolore

Ci sono molti modi per classificare i tipi di dolore. Sulla base di consenso, il gruppo di lavoro ha trovato molto utile classificare, in questo documento, i seguenti quattro tipi: neuropatico, infiammatorio, muscolare e meccanico/compressivo.

È importante determinare quali di questi meccanismi è responsabile del dolore nel paziente perché il trattamento del dolore cronico dipende dal meccanismo stesso del dolore. Qualche decennio fa, il tipo di dolore non era così importante perché tutto il dolore era trattato in modo simile con presenza molto limitata di farmaci e trattamenti; sostanzialmente anti-infiammatori non steroidei (FANS), paracetamolo e, a volte, oppioidi. Ora invece abbiamo a disposizione un gran numero di trattamenti specifici legati al meccanismo del dolore e quindi diversi per il neuropatico, per il dolore infiammatorio, il dolore osteoarticolare e la disfunzione del muscolo.

Ricordiamo che spesso i pazienti che si presentano con dolore hanno un dolore misto. Il medico dovrebbe determinare il contributo relativo di ciascun meccanismo alla condizione "dolore totale" e mettere a punto la strategia di trattamento per affrontare i relativi meccanismi. Se vi è incertezza diagnostica, il clinico può fare riferimento ad uno specialista di terapia del dolore.

Il dolore neuropatico

Il dolore neuropatico è il dolore prodotto da danno o disfunzione del sistema somatosensoriale.

Esempi includono sciatica da compressione della radice nervosa, neuropatia periferica diabetica, nevralgia del trigemino, e neuropatia post-erpetica. Le caratteristiche che indicano il dolore neuropatico sono da ricercare con l'anamnesi, la distribuzione, il carattere del dolore e le risultanze dell'esame fisico. L'anamnesi è di solito il primo indizio al dolore neuropatico. Un diabetico che si lamenta di dolore persistente potrebbe avere un dolore neuropatico (circa il 50% dei diabetici di sviluppare dolore neuropatia-related). Un paziente che sviluppa il dolore dopo un ictus nella stessa localizzazione dell'emiplegia è molto probabile abbia dolore neuropatico post-stroke. Il carattere del dolore neuropatico è di solito descritto come bruciore/lancinante.

Se il dolore segue la distribuzione di un nervo (ad esempio, per il nervo mediano "sindrome del tunnel carpale"), il dolore potrebbe essere considerato neuropatico. Altri esempi: distribuzione tipo "calza o a guanto" per la neuropatia periferica, la distribuzione del trigemino per la nevralgia del trigemino e la distribuzione dermatomerica per la nevralgia post-erpetica.

I segni fisici da cercare per la diagnosi di dolore neuropatico sono alterazioni della sensibilità tattile e/o termica e/o dolorifica in positivo o in negativo come l'intorpidimento, ipoestesia, anestesia, parestesia, la sensazione di dolore provocata da uno stimolo inadeguato a causare dolore come un tocco leggero o sfioramento (allodinia).

Una sindrome ad etiologia ancora non ben definita (si va da ipotesi di dolore neuropatico centrale ad ipotesi di neuropatia delle piccole fibre) e che può essere considerato un caso particolare all'interno del gruppo classificato come dolore neuropatico è la fibromialgia; è caratterizzata da dolore muscoloscheletrico diffuso, rigidità e debolezza muscolare.

Criteri per la classificazione di fibromialgia comprendono:

- dolori diffusi (tronco e superiori/inferiori estremità);
- dolore in 11/18 punti dolenti;
- dolore presente per almeno tre mesi;
- altri sintomi che sono comuni, ma non diagnostici, tra cui insonnia, depressione, stress, affaticamento, sindrome del colon irritabile.

Il dolore muscolare

Il dolore muscolo-scheletrico è una causa frequente di dolore cronico. Il mancato inquadramento diagnostico del dolore muscolare può comportare come esito del trattamento scarsi miglioramenti, o un ritardo degli stessi, o addirittura inutili interventi.

Dolore miofasciale è dolore regionale del tessuto muscolare molle coinvolge il collo, le spalle, il tronco, le braccia, la parte bassa della schiena, i fianchi e gli arti inferiori.

Il trattamento più idoneo consiste nel ripristinare l'equilibrio muscolare e della funzione attraverso tecniche di terapia fisica, e l'utilizzo di farmaci può essere considerato un ausilio. Bisogna identificare i fattori che possono determinare la causa del dolore miofasciale (postura, azioni ripetitive, fattori professionali), tale identificazione rappresenta una priorità nel trattamento.

Iniezioni di anestetico locale nei punti trigger o l'agopuntura possono essere un utile trattamento aggiuntivo che può accelerare il recupero. Bisogna sempre presumere/pensare il dolore miofasciale quando c'è il dolore regionale senza risultati sugli studi di imaging.

Il dolore infiammatorio (nocicettivo)

Dolore infiammatorio quale quello secondario ad artrite, infezione, lesione tissutale e dolore post-operatorio è conosciuto come dolore nocicettivo, perché i prodotti chimici infiammatori quali le prostaglandine stimolano direttamente i nervi sensoriali primari che portano le informazioni al midollo spinale. Le caratteristiche cliniche comprendono calore, rossore e gonfiore del sito di dolore e una storia di lesioni o infiammazioni nota all'anamnesi.

Il trattamento prevede, prima di ogni cosa, la gestione della infiammazione con terapie antibiotiche o antireumatici e l'utilizzo di agenti anti-infiammatori come il FANS o corticosteroidi per curare sia i sintomi ed il controllo dell'infiammazione.

Dolore meccanico - compressivo

Quello che è definito come dolore meccanico da compressione è anche esso un dolore nocicettivo, perché una pressione meccanica o stiramento stimolano direttamente i neuroni sensibili al dolore. Il dolore meccanico è tipicamente aggravato dall'attività e temporaneamente alleviato dal riposo. In questa situazione, la storia e le indagini radiologiche di solito consentono la diagnosi. Comprende il dolore osteoarticolare, da osteoporosi, frattura, ostruzione o di slocazione o compressione da tessuto tumorale/cisti. Gli esempi includono frattura, ostruzione, di slocazione o la compressione del tessuto dal tumore, cisti o la struttura ossea. Il trattamento può richiedere una sorta di decompressione o stabilizzazione chirurgica.

Anamnesi psicologica

L'anamnesi psicologica può influenzare come il dolore viene riferito e percepito dal paziente.

L'identificazione di eventuali comorbidità dei disturbi psicologici faciliterà le cure appropriate.

I disturbi neuropsichiatrici non gestiti possono interferire con la capacità del paziente di partecipare in modo significativo ad un piano collaborativo di cure, possono diminuire l'efficacia del trattamento e/o aumentano il rischio di suicidio qualora questo sia presente.

Principali disturbi da individuare e ricercare:

Depressione

— Comunemente c'è comorbidità con una condizione di dolore persistente.

— La ricerca suggerisce che c'è una prevalenza del 35-50% dei pazienti con dolore che soffre di depressione.

— La durata e l'importanza può segnalare la necessità di una consultazione specialistica/invio.

Ansia

— Maggiore prevalenza nei campioni con dolore cronico.

— Può essere un fattore di rischio per lo sviluppo di sindrome da dolore cronico.

— I meccanismi psicofisiologici possono mantenere e/o esacerbare il dolore cronico.

— Associata con la paura del dolore e con la paura del movimento/nuova lesione, contribuisce alle strategie di coping evitanti.

Abuso di sostanze e dipendenza

— Maggiore prevalenza di disturbi da uso di sostanze (droghe e/o alcol) in gruppi di pazienti con dolore cronico.

— Una storia di uso di sostanze deve essere considerata nella decisione di prescrivere farmaci.

Disturbi del sonno

— Interruzione dei ritmi/cronobiologia diurni.

— La mancanza di sonno ristoratore perpetua la sindrome di dolore e la funzionalità ridotta.

Disturbi della personalità

— La presenza di disturbi di personalità è associata ad una prognosi peggiore.

— La vulnerabilità caratteriale può essere amplificata dallo stress cronico di dolore persistente.

— Un trattamento adeguato può portare ad una riduzione dello stress e ad una risoluzione del comportamento problematico.

Storia di abuso

— Una revisione della letteratura mostra che l'abuso durante l'infanzia è un forte predittore di depressione e di disturbi fisici, entrambi espansi e inspiegabili, in età adulta.

— Tuttavia, il rapporto specifico tra abuso infantile e lo sviluppo di dolore cronico in età adulta è in discussione. Se un paziente si presenta con dolore cronico e una storia di abuso che non è stato trattato in precedenza, l'invio per una psicoterapia appropriata dovrebbe essere considerato.

Stili di coping e risorse

— Gli stili comportamentali passivi ed evitanti o la mancanza di impegno attivo nelle attività di autogestione possono contribuire alla

diminuita attività e alla perpetuazione della sindrome di dolore cronico.

— Risorse di supporto sociale:

• qualità e natura delle relazioni di sostegno, che influenzeranno la regolazione del dolore;

• spiritualità.

Lavoro e questioni legate alla disabilità

Domande di valutazione da chiedere al paziente:

• Attualmente lavora e dove?

• Se no, perché?

Il dolore cronico, sia associato ad una condizione di lavoro o di non lavoro, può portare a menomazioni fisiche che possono limitare l'attività di lavoro. Le menomazioni fisiche non implicano che un individuo non può lavorare. Una compromissione può portare ad una modifica del lavoro. Tuttavia, nella maggior parte delle condizioni associate a dolore cronico, l'invalidità completa e permanente non è necessaria. Spesso è una varietà di fattori, quali problemi psicosociali, che possono aumentare la probabilità di disabilità, che può essere non necessaria se basata solo sull'insufficienza fisica. I dolori alle articolazioni e alla parte bassa della schiena sono, i primi e le seconde, le cause più frequenti di disabilità in America e sono diventati importanti questioni di sanità pubblica. Le conseguenze per la salute, indipendenti dalla disabilità, sono significative. Quei disabili hanno una maggiore probabilità di cattiva salute mentale e fisica. La mortalità è aumentata.

Le conseguenze finanziarie sono gravi. Vi è un aumento del rischio generazionale con minacce per la stabilità della famiglia e della comunità. I fattori di rischio che aumentano la probabilità di dolore cronico e la disabilità sono generalmente coerenti tra condizioni diverse.

Fattori di rischio individuali con forte capacità predittiva sono i seguenti:

• credenze per evitare la paura;

• catastrophizing;

• somatizzazione;

• umore depresso;

• angoscia e ansia;

• invalidità precoce o riduzione della funzionalità;

• elevati livelli di dolore iniziali;

• aumento dell'età;

• scarse condizioni di salute generale;

• segni non organici;

• dipendenza dalla compensazione.

Il vantaggio secondario è considerato un fattore di rischio significativo per il dolore cronico e la disabilità. Questo può includere una varietà di livelli, compreso quello sociale, lavorativo, familiare e un guadagno finanziario. Una varietà di condizioni, tra cui il dolore, si prestano per riferire sintomi per ottenere il guadagno secondario. Tuttavia, il dolore cronico può limitare la capacità di svolgere alcune attività di lavoro normali. In questa situazione il medico può notevolmente aiutare il paziente che lavora, valutando con precisione i limiti fisici , tra cui la necessità di trascorrere del tempo lontano dal posto di lavoro per effettuare i trattamenti medici. Le limitazioni fisiche e le raccomandazioni dovrebbero essere scritte in maniera chiara e semplice, al fine di fornire al datore di lavoro una guida di supporto.

Fattori positivi e ostacoli al trattamento

Una valutazione completa del dolore inizia con la determinazione del tipo biologico di dolore, seguita da un elenco di fattori che contribuiscono al trattamento e di barriere che ostacolano il trattamento.

Fattori positivi, come la postura abitualmente scorretta della testa e del collo in un paziente con una sindrome da colpo di frusta, sono fattori che non causano dolore, ma lo amplificano o lo perpetuano.

Ostacoli al trattamento includono tutto ciò che interferisce con una valutazione approfondita o con il successo di un trattamento, come barriere linguistiche, comorbidità per dipendenza chimica, fattori giuridici o finanziari, scarsa motivazione e lunga distanza dai servizi di gestione del dolore.

Nel dolore cronico, i fattori che vi contribuiscono sono spesso le uniche cose che possono essere modificate per migliorare il controllo del dolore. Le barriere sono spesso difficili o impossibili da superare, così identificarli nelle prime fasi del processo di valutazione del dolore fornisce al clinico una prospettiva più realistica di ciò che può e non può essere compiuto.

Esempi:

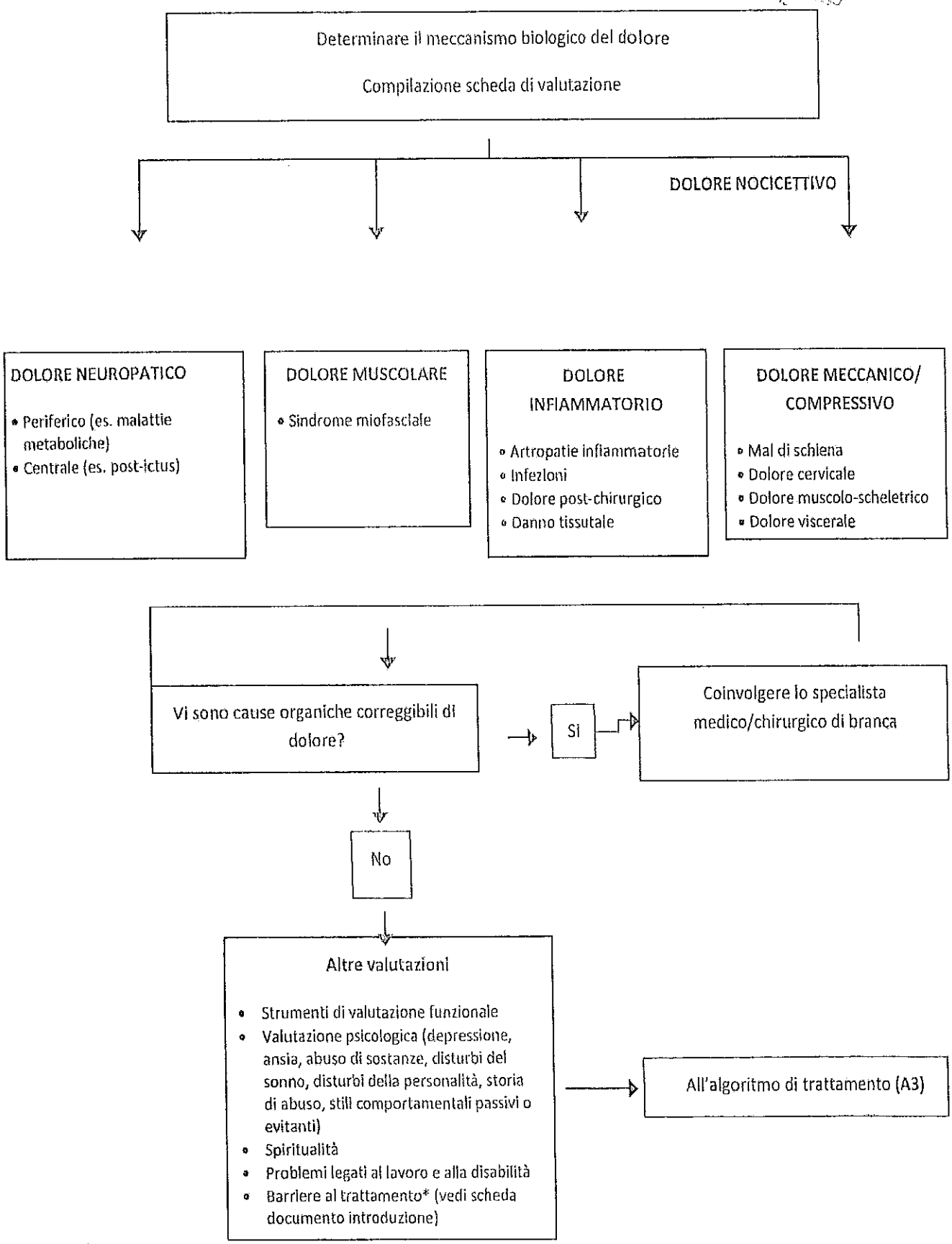
Un paziente con neuropatia posterpetica e dolore neuropatico al torace che ha una concomitante malattia ostruttiva polmonare e bronchite cronica da fumo. Ogni volta che tossisce, il dolore è insopportabile e quindi in questo caso, la malattia polmonare e la tosse sono fattori che contribuiscono ad aumentare il dolore da neuropatia post-erpetica perché il dolore è aggravato dalla tosse, anche se la stessa tosse non è la causa del dolore. Una gestione ottimale della bronchite cronica migliorerà il controllo globale del dolore.

Tabella 2 - Ostacoli comuni

Comportamentali	Sociali
Paziente passivo	Barriera linguistica
Scarsa motivazione	Barriera culturale
Aspettative non realistiche	Ostacoli del sistema sanitario
Scarsa compliance	Limiti di tempo
Dipendenza da sostanze	Mancanza di supporto sociale
Scarsa comunicazione	Paure
	Finanze

COPIA TRATTA DA GURITEL — GAZZETTA UFFICIALE ON-LINE

6. **L'Algoritmo di diagnosi del dolore nocicettivo e muscolare (A2)**



7. Introduzione all'algoritmo del trattamento del dolore e figura del dolore scala OMS

L'algoritmo predisposto dal gruppo di lavoro esplicita al livello I approcci terapeutici che devono essere implementati come primi passi verso la riabilitazione prima che trattamenti di II livello siano considerati e valutati, trattamenti di I livelli ben fatti risolvono, nel 95% dei casi, il dolore cronico.

Outcome da raggiungere

Raccomandazioni Grado A

• Si consiglia un piano scritto di cura, utilizzando il modello biopsicosociale per garantire un approccio globale al trattamento di un paziente con dolore cronico.

• La compilazione della scheda di misurazione del dolore consentirà, dopo la diagnosi etiologica, l'approccio farmacologico più corretto.

• Tutti i pazienti con dolore cronico dovrebbero partecipare ad un programma di esercizi di fitness per migliorare la funzionalità e la forma fisica.

• I medici possono considerare un approccio cognitivo-comportamentale con il ripristino funzionale per aiutare a ridurre il dolore e migliorare la funzionalità. I membri del team multidisciplinare variano a seconda delle risorse della comunità.

• La presenza di difficoltà psicologiche non deve in alcun modo invalidare la denuncia del dolore del paziente, né dovrebbe eliminare la possibilità che una condizione medica generale può essere presente e causare il dolore.

• La decisione medica per il trattamento del dolore cronico ha bisogno di una comprensione del background etnico e culturale del paziente, dell'età, del sesso e della spiritualità, al fine di gestire la sintomatologia del dolore cronico del paziente.

• Il self-management (auto-gestione) assicura la partecipazione attiva del paziente nel piano di cura ed è essenziale.

Fans

Relativamente ai Fans non esistono molecole ideali, bisogna considerare l'effetto clinico rispetto alla patologia di base che si vuole trattare: viene sconsigliato l'uso prolungato di tali farmaci nel dolore meccanico compressivo (osteoarticolare) e devono essere riservati al trattamento di dolore determinato da processi infiammatori in atto.

Effetto clinico	Farmaci
Analgesico con elevata attività antinfiammatoria	Diclofenac, Nimesulide, ASA ad alte dosi Coxibs
Analgesico con moderata attività antinfiammatoria	Ibuprofene, Naproxene
Prevalentemente analgesico	Paracetamolo

Inoltre un parametro molto importante da valutare per i Fans è quello relativo agli effetti collaterali, cosicché a parità di effetto clinico è preferibile scegliere le molecole con minori effetti gastrolesivi che rappresentano.

Farmaco	RR	95%CI
Celecoxib	1.42	0.85-2.87
Paracetamolo	1.44	0.65-3.20
Ibuprofene	2.69	2.17-3.33
ASA 100 mg	2.70	2.00-3.60
Diclofenac	3.98	3.36-4.72
Meloxicam	4.15	2.59-6.64
Indometacina	5.40	4.16-7.00
Ketoprofene	5.57	3.94-7.87
Naproxene	5.63	3.83-8.28
Piroxicam	9.94	5.99-16.50
Ketorolac	14.54	5.87-36.04

Piano di cura utilizzando il modello biopsicosociale

Il modello collaborativo è un tipo di approccio all'assistenza sanitaria che agisce fornendo la gestione delle cure e un sistema di supporto.

Utilizza un approccio di squadra che include il paziente come membro del team e un supporto di consulenza specialistica. Gli elementi di questo modello includono personale dedicato addetto a coordinare, sostenere ed educare i pazienti; i metodi affidabili e sistematici per seguire il paziente; l'uso sistematico di trattamenti basati sull'evidenza (evidence-based).

Un piano scritto di cura è lo strumento essenziale per garantire un approccio globale al trattamento di un paziente con dolore cronico. Per massimizzare il successo del trattamento, un piano di assistenza deve riguardare tutta la persona in tutta la sua complessità, compresi i fattori fisici e biologici, lo stato psicologico e le credenze, nonché la valutazione della famiglia, dell'ambiente sociale e lavorativo (modello biopsicosociale).

È importante avere un approccio di squadra multidisciplinare, coordinato dal medico di base per guidare la squadra, comprese le aree di specialità di psicologia e riabilitazione fisica.

Un piano di cura per tutti i pazienti con dolore cronico dovrebbe occuparsi dei seguenti cinque elementi principali:

- impostare obiettivi personali;
- migliorare il sonno;
- aumentare l'attività fisica;
- gestire lo stress;
- ridurre il dolore.

Obiettivi specifici e misurabili ed elementi di trattamento specifici chiaramente descritti offrono ai pazienti un quadro per la ristrutturazione di una vita che è stata spesso significativamente alterata dal dolore cronico.

L'assenza di miglioramenti del dolore e delle funzioni quando il paziente sta seguendo il piano di cura dovrebbe portare a cambiamenti del piano. Se ci si accorge di una mancata osservanza di un piano di cura bisogna capire quali sono gli ostacoli ed effettuare un'approfondita valutazione dei fattori di stress, dei fattori psicosociali o motivazionali.

Le persone che assumono un ruolo attivo nel loro trattamento tendono ad avere una migliore qualità della vita, riducono il loro senso di sofferenza e si sentono di avere più potere.

È importante che obiettivi realistici siano fissati con i pazienti nella fase iniziale, attenzionando i benefici potenziali del trattamento.

Gestione psicosociale con obiettivi funzionali

Il dolore cronico è spesso associato a problemi psicologici e diagnosi psichiatriche, anche concomitanti.

La presenza di difficoltà psicologiche non deve in alcun modo invalidare la denuncia del dolore di un paziente, né dovrebbe eliminare la possibilità che una condizione medica generale può essere presente e causare il dolore. In caso di difficoltà psicologiche o comorbidità psichiatriche, il piano di trattamento del paziente deve includere misure specifiche per porvi rimedio.

Depressione

Un'alta percentuale di pazienti con dolore cronico ha una co-esistente depressione. Nel 2004, i dati sono stati esaminati dai centri di cure primarie in tutto il mondo dall'Organizzazione mondiale della sanità. È stato trovato che il 22% di tutti i pazienti che riceve cure primarie soffre di dolore cronico invalidante. Inoltre, hanno scoperto che i pazienti con dolore cronico hanno quattro volte in più probabilità di avere di sturbi di comorbidità depressiva rispetto ai pazienti che non ricevono cure primarie. I risultati hanno inoltre dimostrato che più diffuse sono le lamentele di dolore, maggiore è il rischio di depressione e più grande è l'impatto sulla qualità della vita.

Se la depressione in un paziente con dolore cronico è grave o la comorbidità per disturbo depressivo maggiore è presente in un paziente con dolore cronico, è importante notare che tali pazienti sono ad aumentato rischio di suicidio. In particolare, valutare se il paziente ha preso in considerazione di nuocere a se stesso o ha fatto piani per suicidarsi. Se i pensieri di suicidio sono presenti, valutare se il paziente ha un piano concreto di autolesionismo; valutare se ha i mezzi per realizzare il piano e valutare la letalità del piano.

Il rischio di suicidio è più elevato in individui che stanno lottando con l'uso/abuso di sostanze, perché la capacità di giudizio può essere compromessa. Il tentativo passato di suicidio aumenta il rischio di futuri tentativi.

Se il rischio di suicidio e/o il disturbo depressivo maggiore sono presenti nel contesto di dolore cronico, richiedere immediatamente la consultazione psichiatrica, a causa del rischio di suicidio.

Inoltre, la gestione del dolore cronico e il lavoro per obiettivi di riabilitazione non sono possibili quando è presente una depressione severa.

Se il disturbo depressivo maggiore viene diagnosticato in concomitanza con il dolore cronico, i sintomi depressivi dovrebbero essere l'obiettivo primario del trattamento. Se è presente comorbidità tra dolore cronico e depressione maggiore da lieve a moderata, trattare entrambe le condizioni per ottenere risultati ottimali.

Se è presente comorbidità tra disturbo depressivo maggiore severo e dolore cronico, sintomi depressivi dovrebbero essere l'obiettivo primario del trattamento.

Terapia cognitivo-comportamentale

Gli approcci cognitivo-comportamentali per la riabilitazione di pazienti con persistente e incessante dolore cronico sono considerati tra i più utili disponibili. I pazienti possono essere indirizzati ad un terapeuta, counselor, assistente sociale o psicologo per il trattamento.

La terapia cognitivo-comportamentale è stata utilizzata nel trattamento del dolore cronico per oltre 30 anni. Una specifica tecnica è raramente utilizzata in modo isolato, ma piuttosto, componenti cognitivo-comportamentali sono più spesso combinati con altri approcci multidisciplinari. Esiste una significativa letteratura che supporta risultati positivi per gli approcci cognitivo-comportamentali e queste strategie sono considerate tra le più efficaci per il trattamento del dolore cronico. Risultati specifici sono stati osservati in studi randomizzati e controllati e in altri studi di valutazione del trattamento e contengono elementi di prova per l'efficacia della terapia cognitivocomportamentale nel migliorare il funzionamento e l'umore e nel ridurre il comportamento correlato al dolore e alla disabilità, in particolare nel dolore lombare.

Strategie cognitivo-comportamentali per i medici

Vi sono iniziali passaggi cognitivo-comportamentali che possono essere attuati dai medici di base all'interno del loro ambulatorio per assistere i loro pazienti, indirizzandoli verso la riabilitazione. A seconda delle risorse, i componenti di questa riabilitazione possono essere organizzati in un contesto di comunità.

Gli obiettivi di strategie cognitivo-comportamentali nella gestione del dolore cronico sono:

— migliorare il funzionamento fisico, aiutare i pazienti a tornare al lavoro, ridurre la disabilità, ridurre la paura legata al dolore/evitamento e ridurre lo stress psicologico e la depressione.

Ci sono un certo numero di strategie cognitivo-comportamentali che i medici di base possono utilizzare per aiutare i loro pazienti a gestire il dolore cronico:

• informare il paziente che il dolore cronico è un problema complicato e per una riabilitazione di successo è necessario un team di fornitori di servizi sanitari. Il dolore cronico può influenzare il sonno, l'umore, i livelli di forza e benessere, la capacità di lavorare, i membri della famiglia e molti altri aspetti della vita di una persona. Il trattamento spesso include componenti di gestione dello stress, l'esercizio fisico, la terapia di rilassamento e altro ancora, per aiutare i pazienti a recuperare il funzionamento e migliorare la qualità della loro vita.

• Far conoscere al paziente che si ritiene che il dolore è reale e non è nella sua testa. Lasciate che il paziente sappia che l'attenzione del vostro lavoro insieme sarà la gestione del suo dolore.

• Chiedere al paziente di assumere un ruolo attivo nella gestione del suo dolore. La ricerca mostra che pazienti che assumono un ruolo attivo nel loro trattamento sperimentano meno disabilità collegata al dolore.

• Evitare di dire ai pazienti "lasci che il dolore sia sua guida", sia che cessino l'attività a causa del dolore sia che assumano farmaci o che si riposino in risposta al dolore.

• Prescrivere farmaci per il dolore da assumere in determinati orari e non analgesici "al bisogno". I farmaci assunti ad orari prestabiliti permettono una rottura dell'associazione tra atteggiamento verso il dolore e atteggiamento verso il farmaco. Le potenti proprietà rinforzanti degli antidolorifici non sono quindi condizionate dagli alti livelli di dolore o dall'atteggiamento verso il dolore.

• Programmare le visite di controllo regolarmente e non lasciare che gli appuntamenti siano fissati soprattutto in funzione dei livelli crescenti di dolore.

• Rafforzare i comportamenti di benessere, come una maggiore attività o la partecipazione a un programma di esercizio.

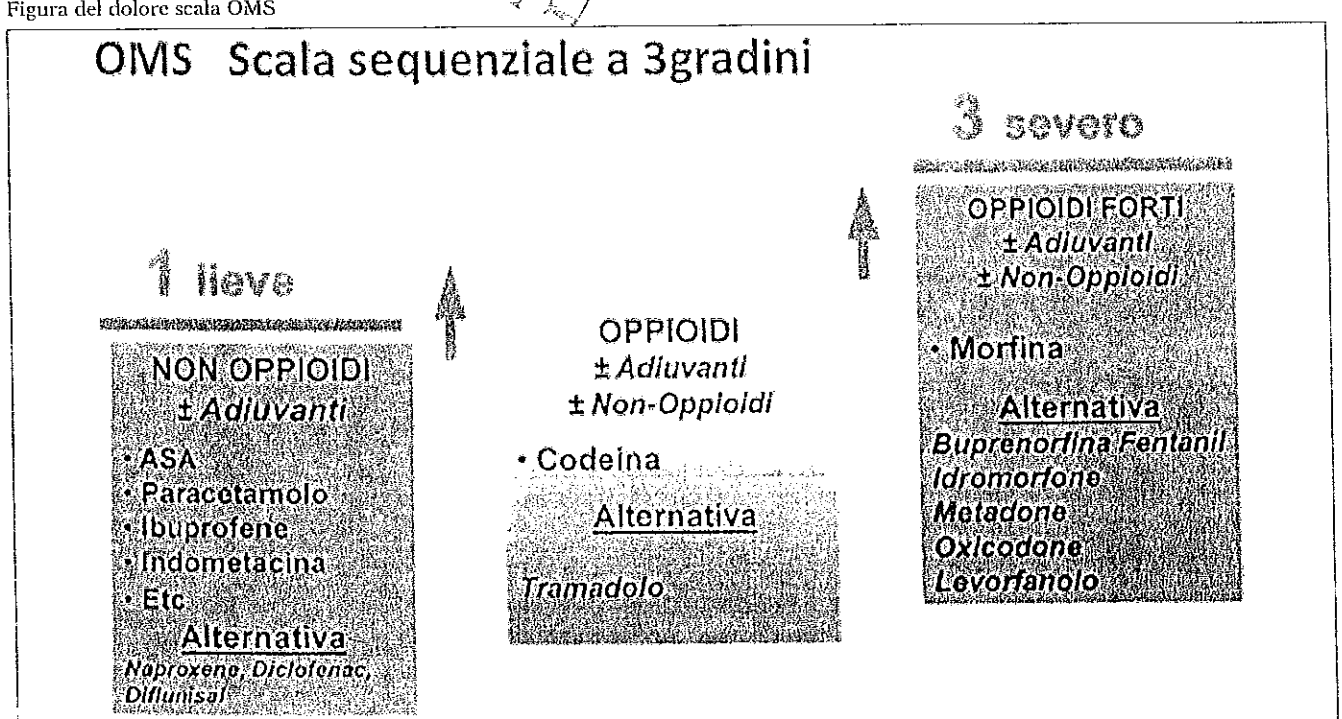
• Integrare la famiglia e altri supponi per rafforzare conquiste fatte verso un migliore funzionamento.

• Fare in modo che il paziente sia coinvolto in un programma di esercizio o di terapia fisica strutturata.

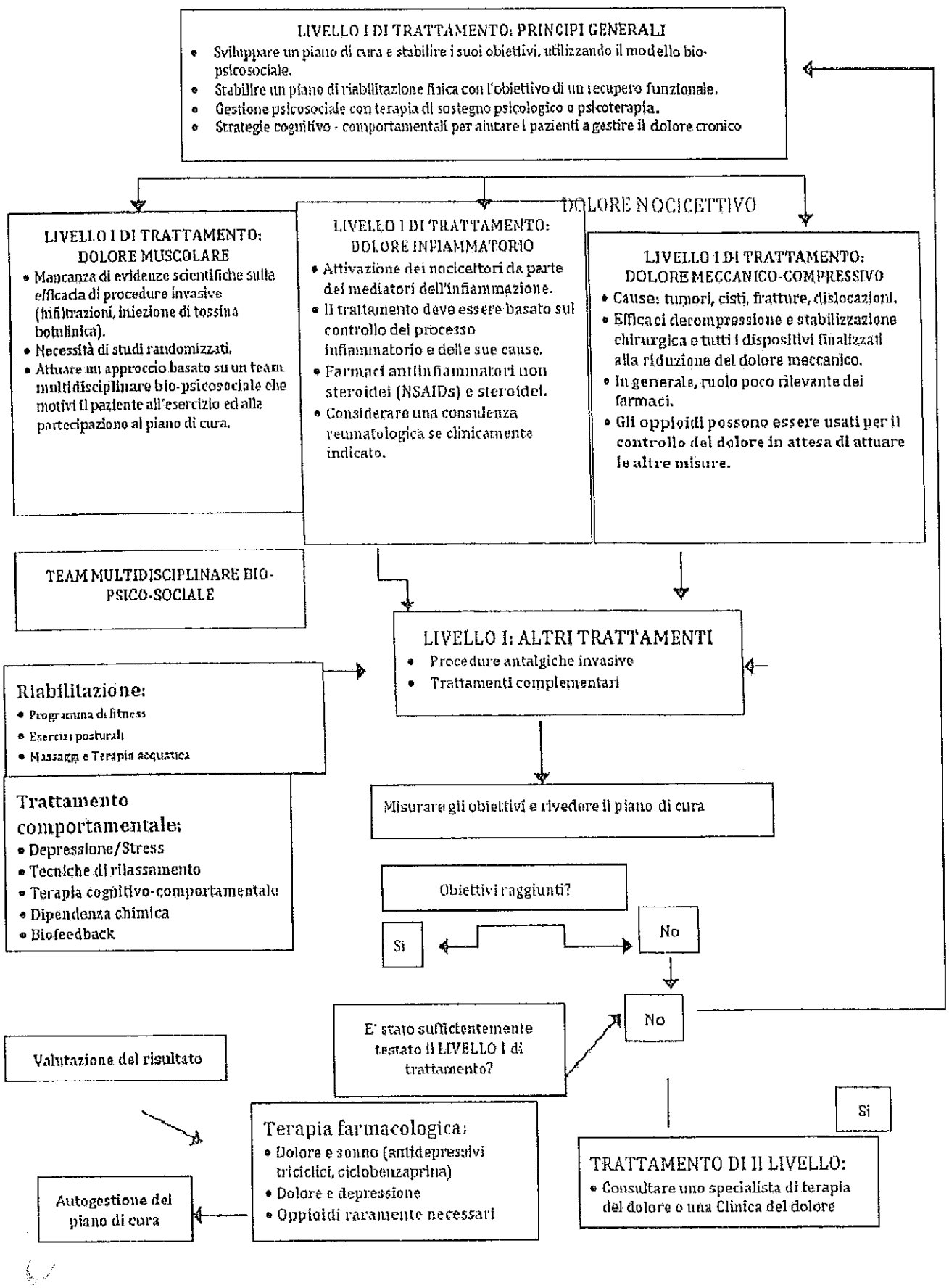
• Aiutare il paziente a tornare al lavoro. Fare questo in modo graduale, in modo che non sia dipendente dal livello del dolore.

• La paura di muoversi o la paura del dolore a causa del movimento è un problema importante per molti pazienti affetti da dolore cronico. L'inattività o l'evitare il movimento porta ad un peggioramento dello stato fisico ed incrementa la disabilità. Cercate di non fare affidamento su farmaci sedativi o ipnotici per trattare la paura che tanti pazienti cronici mostrano rispetto al timore di attività o al timore che aumenti il dolore. Quando i pazienti con dolore cronico si espongono alle attività che temono, il che significa semplicemente quando fanno le cose delle quali hanno paura e che evitano, si osservano riduzioni significative della paura, dell'ansia e persino del livello di dolore. Se i timori del paziente sono eccessivi, le strategie di rilassamento possono essere utili o l'invio per una terapia cognitivo-comportamentale più formale e intensiva.

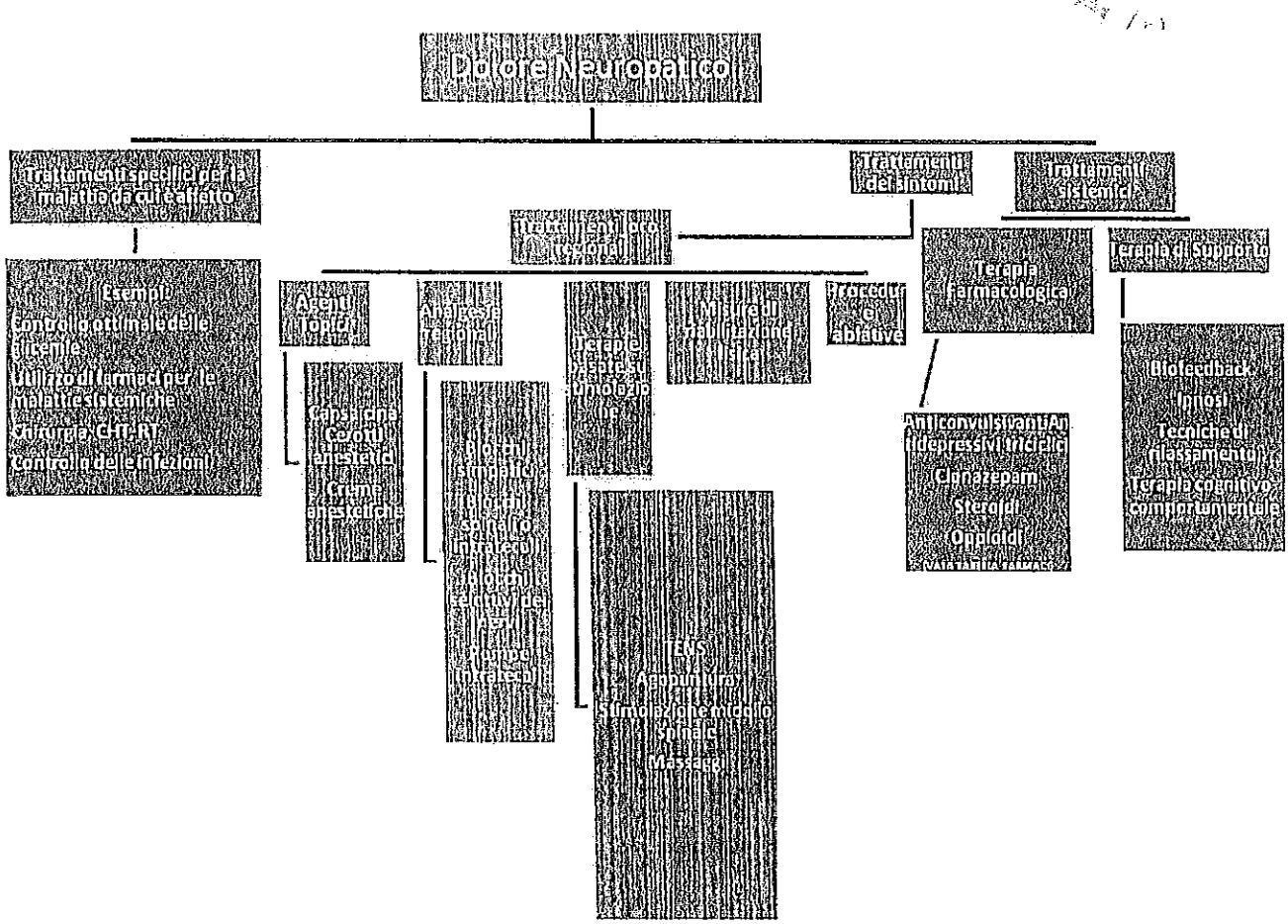
Figura del dolore scala OMS



8. L'Algoritmo di trattamento del dolore nocicettivo e muscolare (A3)



9. L'Algoritmo di trattamento del dolore neuropatico (A4)



10. Tabella farmaci dolore neuropatico (A5)

Farmaci	Dose	Effetti collaterali, controindicazioni e commenti
Classe anticonvulsivanti		
Gabapentin	Da 100 a 300 mg alla sera da incrementare da 100 a 300 mg ogni tre giorni se assenza di effetto fino 1.800-2.400 mg in dosi divise tre volte al giorno	**Rappresenta il farmaco di scelta.** A sonnolenza, vertigini, stanchezza, nausea, edema, aumento di peso. Non significative interazioni farmacologiche
Pregabalin	50-75 mg da 2 a 3 volte al giorno. Fino a 150 mg 3 volte al giorno	**Rappresenta il farmaco di scelta.** Sonnolenza, vertigini, stanchezza, nausea, edema, aumento di peso. Non significative interazioni farmacologiche
Lamotrigina	25 mg al giorno, incrementare la dose di 25-50 mg ogni una/due settimane fino a 400 mg al giorno	Rush cutanei fino alla Stevens-Johnson, vertigini, cefalea, nausea, diplopia
Carbamazepina	100-200 mg due volte al giorno. Incrementare fino a 600 mg due volte al giorno	**Iniziale farmaco di scelta per la nevralgia del trigemino (evitare in altre forme di dolore neuropatico).** Rush cutanei fino alla Stevens-Johnson, iponatriemia, leucopenia. Vertigini
Oxcarbazepina	150 mg x 2 fino a 600 mg x 2	Minore intensità di effetti indesiderati
Antidepressivi		
Serotonina e norepinefrina inibitori del reuptake		
Duloxetina	20 a 60 mg al giorno in due somministrazioni; 60 mg due volte al giorno per la Fibromialgia	**Rappresenta il farmaco di scelta.** Nausea, bocca secca, stipsi, vertigini, insonnia

Venlafaxine	37,5 mg die, da incrementare di 37,5 mg ogni settimana fino ad un massimo di 225 mg	Cefalea, nausea, sonnolenza, vertigini, ipertensione
Antidepressivi triciclici		
Amitriptilina	Da 10 a 25 mg alla sera, incrementare da 10 a 25 mg a settimana fino a 100 mg per il raggiungimento goal terapeutico	**Rappresenta il farmaco di scelta.** Aritmia, ipotensione ortostatica che ne controindicano uso nei pazienti anziani
Farmaci Topici		
Cerotti Lidocaina 5%	Fino a 3 cerotti in cute indenne da tenere per 12 ore, può essere usato al bisogno	Indicato per la nevralgia post-erpetica
Capsaicina	0,025 o 0,075% da applicare su cute intatta per 3-4 volte al giorno	

11. Introduzione all'algoritmo di gestione dei farmaci oppioidi

I farmaci oppiodi devono essere sempre presi in considerazione, come da algoritmo, in tutte le etiologie di dolore di grado moderato e severo o quando il dolore non è controllato con farmaci di altro tipo.

Il gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno precisare quanto segue:

— gli oppiodi, contrariamente a quanto comunemente sostenuto e che è valutato rappresentare un ostacolo alla loro prescrizione, non determinano:

• Tolleranza: la necessità di aumentare progressivamente la dose per mantenere l'effetto farmacologico desiderato, può essere correlata piuttosto alla progressione della malattia.

• Dipendenza fisica: comparsa di sintomi da astinenza dopo brusca interruzione di un farmaco o in seguito alla somministrazione di un antagonista; si sviluppa di solito in pazienti che hanno assunto oppioidi per un periodo superiore a 10-20 giorni. Per i pazienti che assumono tali farmaci più a lungo, ove sia necessario interrompere il trattamento basterà somministrare dosi progressivamente decrescenti.

• Dipendenza psicologica (assuefazione): compulsione ad assumere una sostanza per sperimentarne gli effetti psicotropi. Il fenomeno è estremamente raro in soggetti trattati con oppioidi per il dolore cronico e quando si verifica è determinato da concentrazioni plasmatiche del farmaco non costanti.

Gli oppioidi usati a scopo antalgico, nel dolore di qualunque origine, non producono tali effetti se non in misura trascurabile (in meno di 1 su 20.000 pazienti).

Gli obiettivi nel piano di trattamento devono essere pertinenti al singolo paziente e possono includere:

1) miglioramento della funzione fisica (ad esempio, aumentare il range di movimento, in piedi, a piedi);

2) miglioramento della generale dello stato funzionale (ad esempio, aumentare le attività della vita quotidiana, socio-ricreative attività, in casa domestico attività);

3) aumento autogestione del dolore persistente;

4) miglioramento della formazione professionale/stato di disabilità (ad esempio, il miglioramento in funzione di lavoro, tornare a lavorare, ...);

5) riduzione dell'utilizzo di assistenza sanitaria per la condizione di dolore cronico (ad esempio, ridurre le procedure mediche, ricoveri, ufficio ambulatoriali e le visite al pronto soccorso);

6) riduzione del livello di dolore (ad esempio, ridurre i punteggi della scala analogica visiva, i punteggi di rating verbali, descrittori verbali punteggi);

7) riduzione del disagio emotivo associato a dolore cronico;

8) raggiungere gli obiettivi al di sopra riducendo il rischio di abuso, e ottimizzare il trattamento per evitare un danno.

Il piano di cura scritto, già descritto nel modello biopsicosociale, anche qui è indispensabile, perché consente di valutare insieme al paziente, che è attore principale della terapia, gli eventi avversi (che in genere si risolvono in 5-7 giorni), la sua adesione al piano di trattamento ed i corretti dosaggi praticati che nel trattamento con questi farmaci sono continuamente necessari al fine di ottenere la migliore risposta terapeutica e prima di passare alla sostituzione di un farmaco - Rotazione degli oppiodi.

La Rotazione degli oppioidi (sostituzione di un oppioide con un altro) deve essere considerato quando:

• dolore controllato, ma gli effetti collaterali sono eccessivi e non controllabili;

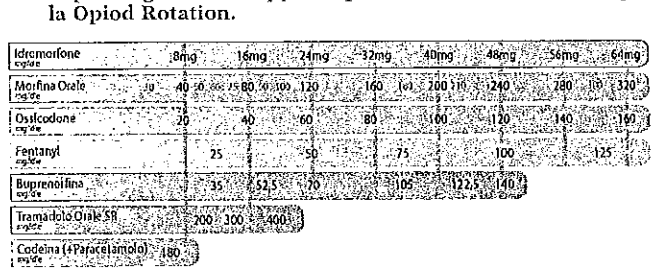
• analgesia inadeguata, nonostante l'aumento di dosaggio;

• analgesia inadeguata e non è possibile aumentare il dosaggio, per la comparsa di effetti collaterali;

• ricerca di migliore aderenza alla terapia;

• adeguamento della via di somministrazione.

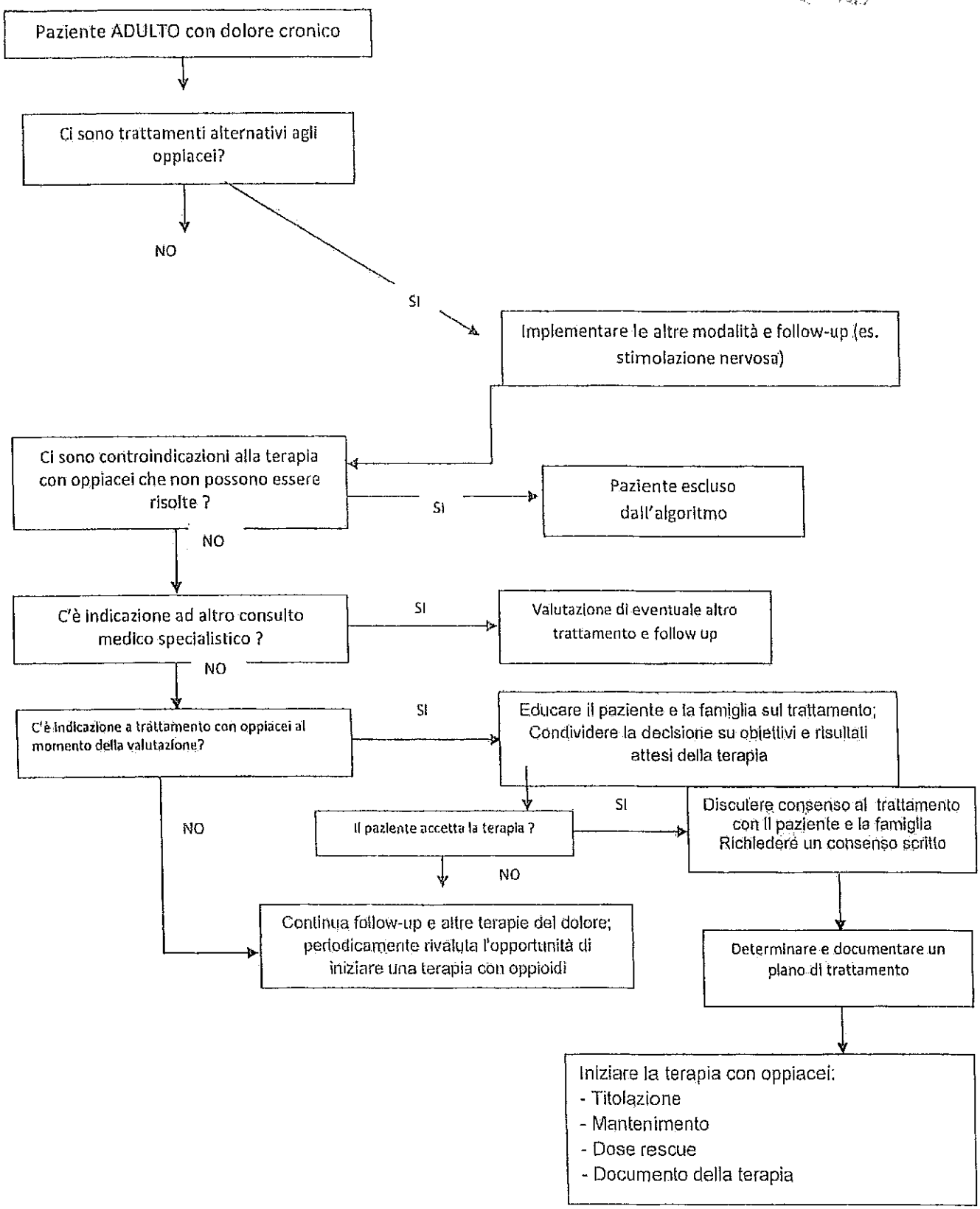
Dosi equianalgesiche di Oppioidi per os e transdermici, utili per la Opiod Rotation.

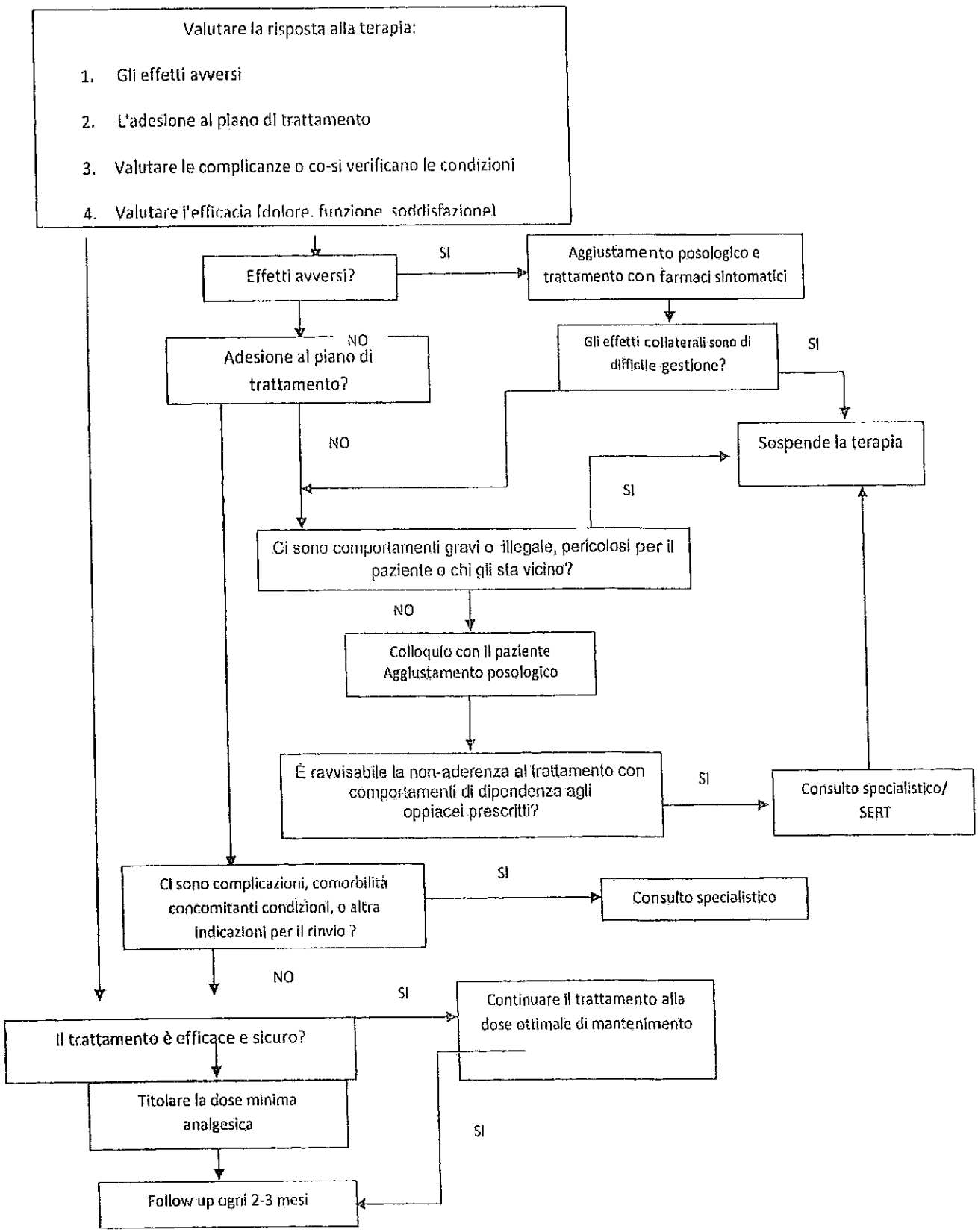


Nel passare da Oppioidi Minori a Oppioidi Maggiori, è consigliato iniziare la terapia con il nuovo Oppioide seguendo il dosaggio raccomandato per i pazienti naïve. Le dosi di Tramadolo NON dovrebbero essere considerate equianalgesiche alle dosi di agonisti puri.

COPIA TRATTA DA GURITEL — GAZZETTA UFFICIALE ON-LINE

12. L'Algoritmo gestione oppioidi (A6)




Valutare la risposta alla terapia:
1. Gli effetti avversi
2. L'adesione al piano di trattamento
3. Valutare le complicanze o co-si verificano le condizioni
4. Valutare l'efficacia (dolore, funzione, soddisfazione)
Effetti avversi?
SI
Aggiustamento posologico e trattamento con farmaci sintomatici
NO
Adesione al piano di trattamento?
Gli effetti collaterali sono di difficile gestione?
SI
NO
Sospende la terapia
SI
Ci sono comportamenti gravi o illegale, pericolosi per il paziente o chi gli sta vicino?
NO
Colloquio con il paziente
Aggiustamento posologico
È ravvisabile la non-aderenza al trattamento con comportamenti di dipendenza agli oppiacei prescritti?
SI
Consulto specialistico/ SERT
Ci sono complicazioni, comorbilità concomitanti condizioni, o altra indicazioni per il rinvio ?
SI
Consulto specialistico
NO
SI
Continuare il trattamento alla dose ottimale di mantenimento
Il trattamento è efficace e sicuro?
Titolare la dose minima analgesica
SI
Follow up ogni 2-3 mesi

Classi di oppiacei					
Fenantreni		*Difenilepiani*	*Fenilpiperidine*		*Altri*
Codeina Morfina Ossicodone Idromorfone		Metadone	Fentanyl		Tramadolo Tapentadolo
Oppiaceo	*Dose iniziale (media)*	*Titolazione*	*Onset Picco Durata*	*Dosaggio in specifiche popolazioni*	*Considerazioni varie*
CoDeina (Pro farmaco della morfina)	30 mg 4-6/die	Incrementi secondo necessità/tollerabilità Dose minima 30 mg Dose massima 300 mg	15-30 min. 30-60 min. 4-6 ore	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	Può non essere efficace in pazienti con bassa attività del CVP 2 D6
Idromorfone	4 mg	Incrementi secondo necessità/tollerabilità	15-30 min. 30-60 min. 4-8 ore	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	Unica somministrazione in modalità CR
Morfina	Da 10 a 40 mg ogni 12 ore (somministrazione orale)	5 mg ogni 4 ore per la forma IR	15-30 min. 30-60 min. 3-8 ore 12 ore per il CR	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	M6G è il metabolita con effetto analgesico Formulazione CR e IR
Ossicodone	5 mg Bis die	Incrementi secondo necessità/tollerabilità	15-30 min. 30-60 min. 3-8 ore 12 ore per il CR	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	Somministrabile da solo o in combinazione con paracetomolo o con naloxone Formulazione CR e IR
Tapentadolo	50 mg Bis die	Incrementi secondo necessità/tollerabilità	< 60 min. 6-12 ore	Uso cauto in pazienti con disfunzione renale Gravidanza e allattamento	Associazione con terapia con serotonino-mimetici
Tramadolo	30 mg bis die	Incrementi secondo necessità/tollerabilità	< 60 min. 2-4 ore 6-12 ore	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	La titolazione lenta può limitare gli AEs
Buprenorfina	0.2 mg Sublinguali ogni 8 ore 35 mcg/h TTS	Incrementi secondo necessità/tollerabilità Ogni 4-6 ore Ogni 72 ore	< 60 min. 2-4 ore 6-12 ore	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	
Fentanyl	ROO 100 mcg cpr orali/transmucosali 12.5 mcg/TTS	Incrementi secondo necessità/tollerabilità Ogni 72 ore	< 3 min. < 10 min. < 40 min. 2-4 ore 6-12 ore	Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	

COPIA TRATTA DA GURITEL — NON UFFICIALE

Principio	La dose iniziale	La dose massima giornaliera	Indicazione terapeutica
Ossicodone/Naloxone	Paziente naive: 10 mg/5 mg di ossicodone/naloxone ogni 12 ore. Inizio terapia con oppioidi o aggiustamento del dosaggio è indicato il dosaggio da 5 mg/2,5 mg.	80 mg di ossicodone cloridrato e 40 mg di naloxone	Dolore severo che può essere gestito solo con oppioidi analgesici. L'antagonista oppioide naloxone è aggiunto per contrastare la stipsi indotta dall'oppioide bloccando l'azione dell'ossicodone a livello dei recettori oppioidi del tratto gastrointestinale
Ossicodone+Paracetamolo	Posologia iniziale pazienti che ricevono oppiacei per la prima volta o con dolore non controllato da altri oppiacei deboli: la dose giornaliera è rappresentata da una compressa "5 mg + 325 mg" ogni 6 ore. La dose giornaliera totale è ripartita in più dosi equivalenti, somministrate ogni 6 ore.	Non si devono mai superare i 4000 mg di paracetamolo al giorno o gli 80 mg di ossicodone al giorno	Pazienti di età superiore a 18 anni. La posologia dipende dall'intensità del dolore e da eventuali precedenti trattamenti con analgesici.
Codeina/Paracetamolo	Adulti: 1-2 bustine adulti secondo necessità fino a 3 volte al giorno, adulti 1-4 volte al giorno. Il granulato effervescente va sciolto in mezzo bicchiere d'acqua ed assunto ad intervalli di almeno 4 ore. SCIROPPO. Alla confezione è annesso un bicchierino dose con indicate tacche di livello corrispondenti alle capacità da 1 ml fino a 10 ml. Lo sciroppo è utilizzabile nei bambini da 1 a 12 anni di età, impiegandone 1 ml ogni 4 kg di peso corporeo, 1-4 volte al giorno.		Trattamento sintomatico delle affezioni dolorose acute e croniche anche accompagnate da iperpiressia (ad es. dolore odontostomatologico, osteo-articolare, postoperatorio e ginecologico)
Idromorfone	Dose conservativa della terapia con oppiacei, successivamente incrementata fino al raggiungimento di un adeguato livello di analgesia, bilanciato da un grado accettabile di reazioni avverse. *Pazienti attualmente in terapia non sistematica con oppiacei:* Inizio della terapia - Nella maggior parte dei pazienti la dose iniziale di JURNISTA deve essere 8 mg assunti 1 volta ogni 24 ore e non deve eccedere gli 8 mg. Alcuni pazienti possono beneficiare di una dose iniziale di 4 mg assunti 1 volta ogni 24 ore per aumentarne la tollerabilità. *Titolazione e mantenimento* Dopo l'inizio della terapia, possono essere necessari aggiustamenti della dose per ottenere il miglior equilibrio per il paziente tra sollievo dal dolore ed effetti indesiderati. Dopo 3 giorni, se richiesto, la dose deve essere aggiustata in aumento con variazioni di 4 o 8 mg a seconda della risposta e della richiesta di analgesici supplementari. Nota: La dose non deve essere titolata più frequentemente di una volta ogni 3 giorni. Nei pazienti attualmente in terapia con analgesici oppiacei, la dose iniziale di idromorfone deve basarsi sulla dose giornaliera di oppiacei, adottando dosi equianalgesiche standard. Per quanto concerne gli oppiacei diversi dalla morfina, deve essere valutata in primo luogo la dose totale giornaliera equivalente di morfina, quindi deve essere usata la tabella di seguito riportata per determinare la dose totale giornaliera di idromorfone.		Trattamento del dolore intenso

Buprenorfina TTD	Nei pazienti naive o già trattati con un analgesico non oppioide, viene raccomandato di iniziare con un cerotto al dosaggio più basso (35 mcg/ora). Stando alle indicazioni della ditta produttrice, il cerotto deve essere sostituito ogni 3 giorni, ma non vengono fornite informazioni sul rischio di accumulo: la buprenorfina raggiunge, infatti, livelli di picco dopo 57-59 ore[1] e ha una emivita di eliminazione di 30 ore[1]. La dose deve essere determinata individualmente finché non si ottiene un buon controllo del dolore; data la lentezza di comparsa dell'effetto analgesico, una prima valutazione va fatta solo dopo 24 ore. Se l'analgesia risulta insufficiente, alla fine del periodo di applicazione si può aumentare la dose applicando, temporaneamente, 2 cerotti dello stesso dosaggio o passando al cerotto di dosaggio superiore.	Trattamento del dolore oncologico di intensità da moderata a severa e del dolore severo che non risponde agli analgesici non oppioidi.
Fentanyl TTS	Il dosaggio di fentanil necessario va adattato individualmente, e deve essere regolarmente rivalutato o dopo ogni applicazione. Scelta del dosaggio iniziale: Il dosaggio di fentanil dipende dal precedente uso di oppiacei e deve tener conto della possibilità che si sviluppi tolleranza, di trattamenti farmacologici concomitanti, dello stato generale di salute del paziente e della gravità del disturbo. In pazienti mai trattati in precedenza con oppiacei, il dosaggio iniziale non deve superare i 25 mcg/ora. Passaggio da un al trattamento a base di oppiacei. Quando si passa da oppiacei, somministrati per via orale o parenterale al trattamento con fentanil, il dosaggio iniziale deve essere calcolato come segue: deve essere determinata la quantità di analgesici resasi necessaria nel corso delle ultime 24 ore. La somma ottenuta deve essere convertita nel dosaggio orale di morfina corrispondente.	Dolore cronico grave, come quello da cancro, che richiede il trattamento con analgesici oppiacei.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE NON VALIDA PER LA CONVERSIONE

13. **Audit regionale per la valutazione e gestione del paziente con dolore cronico**

1) Inserimento delle schede di valutazione monitoraggio del dolore (A1 e A2a) nella documentazione clinica delle UO di degenza e cura, lungodegenze, riabilitazione, RSA, Hospice, servizi di assistenza domiciliare integrata di qualunque natura esse siano (terminale oncologico, ADI classica), medici di medicina generale.

2) Processo di audit per il raggiungimento degli standard, per l'implementazione delle schede di cui sopra si propone il seguente percorso:

a) deliberazione formale del documento regionale;

b) diffusione del documento nelle U.O. e setting di cui al punto 1;

c) pubblicazione nel sito web aziendale;

d) individuazione dei leader aziendali per il coordinamento del processo di implementazione;

e) costituzione dei referenti di U.O. (1 medico e 1 infermiere) e relativamente ai MMG individuazione presso le A.S.P. di un referente aziendale dei MMG (entro 30 giorni);

f) piani di formazione aziendale (entro 90 giorni) a) per la condivisione del documento regionale e del processo di implementazione. Rivolto ai referenti di U.O. in via prioritaria (da completare entro 60 giorni) e agli operatori sanitari (medici e infermieri) (permanente e costante);

g) 3 cicli di audit valore atteso finale 100%.

• Campionamento: dimessi delle prime due settimane del mese precedente alla data di campionamento stesso.

• Rilevazione dei dati da parte dei referenti di U.O. sotto il coordinamento della U.O. qualità e sicurezza. La rilevazione dei dati deve comprendere il livello di miglioramento del dolore percepito dal paziente dopo la valutazione e il processo di gestione.

• Attività di reporting sistematico in preparazione dell'audit.

• Presentazione dei dati e discussione verbalizzata in sessione plenaria (audit) per livello aziendale/dipartimentale a seconda della complessità dell'azienda.

Individuazione delle criticità e delle azioni di miglioramento.

Cronoprogramma

	1° m	2° m	3° m	4° m	5° m	6° m	7° m	8° m	9° m	10° m	11° m	12° m	13°m	14°m
Deliberazione formale del documento regionale della Direzione Generale														
Diffusione del documento														
Pubblicazione nei siti web aziendali														
Individuazione dei leader aziendali														
Costituzione dei referenti di UO (1 medico e 1 infermiere) e relativamente ai mmg individuazione presso le ASP di un referente aziendale dei MMG														
Piani di formazione aziendale per la condivisione del documento regionale e del processo di implementazione.														
Formazione referenti di UO														
Formazione permanente operatori sanitari (medici e infermieri)														
I ciclo dell'audit														
II ciclo dell'audit														
III ciclo dell'audit														

(2014.1.1)102