

## VALUTARE IL DOLORE PER CURARE L'ULCERA

Sandy, Furlini, MMG, ASL 7, Chivasso (TO)

Katia, Somà, Infermiera, Servizio Cure Domiciliari, ASL 7, Chivasso (TO)

Piero, Secreto, SCU Geriatria, ASO S Giovanni Battista (TO)

Manuela, Galleazzi, Infermiera CPSE, S.C.D.U. Geriatria, RSA C. Alberto, Molinette (TO)

Anna, Patrizia, Ferraris, S.C.D.U. Geriatria, RSA C. Alberto, Molinette (TO)

AIUC: PANEL NAZIONALE DOLORE

La misurazione del dolore è parte fondamentale della valutazione e della strategia terapeutica per il controllo del sintomo algico. L'uso di una misurazione formale scritta del dolore, da riportare nella documentazione clinica dei pazienti, ha dimostrato di migliorare la capacità dei curanti di comprendere l'intensità del dolore. Vi sono raccomandazioni di standard di cura che provengono da società scientifiche e da agenzie governative, che richiedono l'introduzione nella documentazione clinica dell'intensità del dolore per mezzo di opportune scale.

Perché è importante misurare il dolore percepito dal paziente?

- porre diagnosi
- valutare intensità e monitorare nel tempo
- eseguire una terapia mirata il prima possibile
- impostare una terapia congrua al percepito
- differenziare il dolore vero da quello simulato
- dovere etico-morale
- presenza di dolore = assenza qualità delle cure
- ridurre il gap tra l'intensità di dolore percepito dal paziente e quella stimata dai sanitari

Essendo un'esperienza soggettiva, l'autovalutazione del paziente è da considerarsi la regola per la misurazione del dolore. Infatti, numerosi studi hanno evidenziato la sottostima derivante da una valutazione esterna: infermieristica e medica.

La valutazione esterna rimane indispensabile per i pazienti che non sono in grado di esprimersi, i neonati e i bambini, affetti da disabilità mentali, anziani con demenza.

Sono necessarie valutazioni multiple per avere una visione reale dell'esperienza dolorosa del paziente, una sola valutazione è infatti troppo limitata.

Un aspetto spesso sottovalutato è non tanto la considerazione del dolore alla presa in carico, atto che tutto sommato grazie alla notevole diffusione delle informazioni scientifiche degli ultimi anni è ormai dato quasi per assodato, quanto piuttosto l'eseguire rivalutazioni periodiche nel follow up. L'intesa col malato, affinandosi, rende la valutazione del sintomo soggettivo il più aderente alla realtà (il paziente impara ad usare bene la scala proposta).

Generalizzando possiamo suddividere le scale di valutazione del dolore in quantitative e qualitative. Le prime, e ne sono esempio la visiva, verbale o numerica, permettono una misurazione dell'intensità del dolore e consentono un approccio terapeutico mirato e proporzionato alla quantità di dolore secondo la scala dell'OMS. Oggi si tende a considerare tale scala ponendosi all'esterno della medesima come su di un ascensore e portarsi al livello terapeutico direttamente senza passare dai gradini sottostanti.

Mediante le scale quantitative è possibile inoltre un attento monitoraggio della efficacia terapeutica ponendo l'accento sulla qualità di vita del paziente.

Mediante le scale cosiddette "qualitative", il dolore viene descritto utilizzando aggettivi che ne descrivano le caratteristiche. Grazie ad una accurata standardizzazione dei suddetti aggettivi è possibile venir diretti verso la diagnosi di dolore: nocicettivo, neuropatico, psicogeno.

Caratteristiche di un test valido

- Facilità di utilizzo
- Deve richiedere poco tempo sia per la registrazione che per l'elaborazione dei dati.
- Articolato in modo che sia comprensibile a tutti
- Deve soddisfare i criteri di
  - a) Validità: il grado in cui un test valuta ciò che intende misurare.
  - b) Sensibilità: evidenzia i cambiamenti relativi alla terapia.
  - c) Affidabilità o grado di ripetibilità: il test deve essere ripetibile quando somministrato più volte o da più esaminatori, appropriatamente e in circostanze simili.

Dalle LG Internazionali abbiamo un punto di partenza determinato da queste raccomandazioni:

-Prendere in considerazione il dolore, documentarlo, trattarlo considerando la medicazione e la terapia farmacologica. EPUAP- AHCP (C)

-Valutare l'esperienza del paziente, la localizzazione, la causa, il livello (usando scale appropriate), gestire l'intervento. RCN – NICE (D)