

## BUONE PRATICHE CLINICHE

# Valutazione del dolore nel paziente adulto ricoverato in Area Critica

■ **DOTT. STEFANO BAMBI<sup>1</sup>, DOTT. ALESSANDRO GALAZZI<sup>2</sup>, DOTT. NICOLA PAGNUCCI<sup>3</sup>, DOTT. GIAN DOMENICO GIUSTI<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> PhD Infermiere. Terapia Intensiva di Medicina e Chirurgia. Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi. Firenze.

<sup>2</sup> Infermiere. Area Terapie Intensive. Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Milano. PhD Student Università degli Studi di Firenze.

<sup>3</sup> PhD Infermiere. Università di Pisa, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale. Pisa.

<sup>4</sup> Infermiere. Unità di Terapia Intensiva. Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia. Direttore della rivista "SCENARIO. Il nursing nella sopravvivenza".

### RIASSUNTO

**Introduzione:** Il dolore è un importante problema di salute pubblica in tutto il mondo ed ha un notevole impatto clinico, sociale ed economico, per questi motivi la sua identificazione e il suo trattamento devono avere un'elevata priorità da parte dei professionisti sanitari. Le persone ricoverate in area critica provano dolore non solo per le patologie alle quali sono soggetti, ma anche per la prolungata immobilità e per le numerose procedure invasive alle quali possono essere sottoposti. Le negative conseguenze fisiologiche e psicologiche determinate dal mancato trattamento del dolore possono essere significative e permanere a lungo.

**Obiettivo:** Fornire delle raccomandazioni di buona pratica professionale per la valutazione del dolore nelle persone assistite adulte ricoverate in area critica.

**Materiali e metodi:** Dopo un'attenta revisione della letteratura, utilizzando una metodologia *evidence based*, il documento di Best Practice è stato redatto dal Comitato Scientifico di Aniarti e revisionato da alcuni esperti del settore. Sono state create 10 raccomandazioni, il cui livello di evidenza è stato valutato con uno strumento adattato da quello dell'American Association of Critical Care Nurses.

**Risultati:** (1) L'infermiere di area critica riconosce la ricerca della presenza di dolore come una delle priorità da garantire alla persona assistita. (2) Ad ogni persona assistita in tutti i contesti di Area Critica deve essere garantito il monitoraggio routinario della presenza/assenza di dolore, utilizzando lo strumento più opportuno. (3) La presenza di dolore nelle persone assistite in area critica andrebbe ricercata e documentata almeno ogni 4 ore. (4) Laddove ne sussistano le condizioni, l'infermiere dovrebbe adoperarsi per favorire l'espressione autonoma da parte della persona assistita della presenza e dell'intensità del dolore, utilizzando scale numeriche verbali o visive (0-10), mediante tavole alfanumeriche o i strumenti di comunicazione compensativi. (5) Nelle persone incapaci di riportare autonomamente il dolore, l'infermiere dovrebbe utilizzare scale validate, quali: la versione italiana del Critical Care Pain Observation Tool (CPOT), o la Behavioural Pain Scale (BPS), anche nella sua versione per pazienti non intubati (BPS-NI). (6) Le delle scale per la rilevazione del dolore nelle persone che non sono in grado di verbalizzare dovrebbero essere utilizzate da professionisti sanitari adeguatamente formati. (7) Dove sia praticabile, nelle persone che non sono in grado di riportare autonomamente il dolore, l'infermiere si avvale del coinvolgimento di persone significative che conoscono bene la persona assistita per valutare la presenza di indicatori di dolore. (8) I soli parametri vitali non sono sufficienti per identificare la presenza di dolore. (9) In generale, il dolore durante procedure diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali nelle persone assistite in area critica che non sono in grado di verbalizzare andrebbe sempre sospettato e prevenuto. Questo vale in particolar modo per le persone trattate con miorellassanti, elevati livelli di sedazione, o in condizioni cliniche caratterizzate da deficit neuromuscolari tali da rendere inutilizzabili anche le scale CPOT e BPS o BPS-NI. (10) Dopo il trattamento preventivo o terapeutico analgesico, l'infermiere di area critica rivaluta la persona assistita per valutare l'efficacia del trattamento mediante le scale del dolore più idonee per le condizioni cliniche.

**Conclusioni:** Il documento, approvato dal Comitato Direttivo Aniarti, nonostante il basso livello di evidenza delle raccomandazioni dovrebbe essere conosciuto ed applicato da tutto il personale sanitario che assiste persone nei contesti di area critica.

**Parole chiave:** dolore, valutazione, terapia intensiva, area critica, infermieri.

**BUONA PRATICA CLINICA**

PERVENUTO IL 01/05/2019

ACCETTATO IL 18/05/2019

**Corrispondenza per richieste:**

ricerca@aniarti.it

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi

**OBIETTIVO DEL DOCUMENTO**

L'obiettivo del presente documento è fornire delle raccomandazioni di buona pratica professionale nella valutazione del dolore nelle persone con problemi di salute in carico ai contesti di area critica.

**CAMPO DI APPLICAZIONE**

Le presenti raccomandazioni sono utilizzabili da tutti gli infermieri e dai professionisti sanitari formati alla valutazione del dolore nei contesti clinici di area critica.

**DEFINIZIONE E RILEVANZA DEL PROBLEMA**

Il dolore è "un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale"<sup>[1]</sup>. Questa definizione riconosce la natura multidimensionale (sia fisica che emotiva) dell'esperienza dolore. L'International Association for the Study of Pain specifica che "l'incapacità di comunicare verbalmente non esclude la possibilità che un individuo stia provando dolore e che non necessiti di un appropriato trattamento di sollievo dal sintomo"<sup>[2]</sup>.

Il dolore, essendo un importante problema di salute pubblica in tutto il mondo ed avendo un impatto clinico, sociale ed economico, deve rivestire un'elevata priorità nella valutazione e nel trattamento da parte dei professionisti sanitari<sup>[3]</sup>.

Numerose organizzazioni internazionali governative e dei professionisti della salute riconoscono attraverso documenti e *position statement* l'evitabilità del dolore ove questo sia prevedibile e la sua inutilità al raggiungimento di una diagnosi raccomandandone la prevenzione, l'individuazione ed il trattamento<sup>[4-6]</sup>.

Le persone ricoverate in area critica sperimentano il dolore causato non solo dalle patologie e dalle complicanze cui sono soggetti, ma anche dalla prolungata immobilità e dalle numerose procedure invasive alle quali possono essere sottoposti<sup>[7]</sup>. Le linee guida internazionali<sup>[8]</sup> raccomandano di trattare precocemente tutte le procedure invasive che possono provocare dolore; in terapia intensiva, soprattutto durante le fasi di "sedazione leggera", occorre prevenire l'insorgenza del dolore anche durante la rimozione di tubi di drenaggio toracico, la rimozione di drenaggi delle ferite chirurgiche e l'inserzione di cateteri arteriosi<sup>[9]</sup>. Le manovre assistenziali come l'aspirazione endotracheale<sup>[10]</sup> o la mobilizzazione ed il cambio posturale possono essere fonte importante di dolore<sup>[11]</sup>.

L'incapacità delle persone ricoverate in terapia intensiva di segnalare la presenza di dolore a causa della ventilazione meccanica, dell'uso concomitante di elevati dosaggi di sedativi e miorilassanti o della perdita di coscienza, non deve precludere la valutazione e il trattamento del dolore. Il dolore acuto costituisce la principale fonte di stress per i pazienti in terapia intensiva ed in quasi il 50% di questa popolazione è stata osservata un'intensità del sintomo da moderata a severa<sup>[12]</sup>.

Le conseguenze fisiologiche e psicologiche negative determinate dal mancato trattamento del dolore possono essere significative e permanere a lungo<sup>[13]</sup>. Le risposte dello stress determinate dal dolore si associano a vasocostrizione arteriolare, alterata perfusione, ridotta pressione parziale di ossigeno tissutale, catabolismo ed aumentata resistenza insulinica, incremento del rischio infettivo delle ferite, alterazioni immunitarie, sviluppo di dolore cronico e neuropatico<sup>[13]</sup>.

Oltre all'autovalutazione del paziente, che rimane lo standard di riferimento per la misurazione della presenza ed intensità del sintomo anche nelle terapie intensive, le scale del dolore comportamentali costituiscono una valida alternativa quando le persone assistite non sono in grado di riportare autonomamente il dolore<sup>[6]</sup>. In questa tipologia di persone, l'uso di scale comportamentali validate si associa a miglior gestione del dolore e miglioramento degli esiti clinici<sup>[13]</sup>.

Per usare correttamente gli strumenti di valutazione del dolore, particolarmente le scale comportamentali, occorre una formazione perché i comportamenti sono più complessi da decodificare<sup>[14]</sup>.

La valutazione del dolore da parte dei professionisti sanitari non è solo un dovere etico ma anche legale. Infatti, in accordo alla vigente normativa che fa riferimento alla politica di governo clinico per garantire l'"Ospedale senza dolore"<sup>[15]</sup>, nella cartella clinica nelle sezioni medica ed infermieristica è necessario riportare le valutazioni del dolore, il trattamento e gli effetti<sup>[15]</sup>.

**RACCOMANDAZIONI****Legenda dei livelli di evidenza**

**Livello A\*** - Metanalisi di studi quantitativi o metasintesi di studi qualitativi con risultati che supportano consistentemente un'azione specifica, intervento o trattamento (incluso revisioni sistematiche di studi sperimentali clinici randomizzati).

**Livello B\*** - Studi clinici controllati ben disegnati con risultati che supportano consistentemente un'azione specifica, intervento o

trattamento.

**Livello C\*** - Studi qualitativi, descrittivi, di correlazione, revisioni integrative, revisioni sistematiche, o studi sperimentali clinici randomizzati con risultati inconsistenti.

**Livello D\*** - Standard professionali ed organizzativi sulla base di revisione tra pari con raccomandazioni supportate da studi clinici.

**Livello E\*** - Case reports multipli, evidenze basate su teorie dall'opinione di esperti, o standard professionali ed organizzativi sulla base di revisione tra pari senza studi clinici a supporto delle raccomandazioni.

**Livello M\*** - Raccomandazioni unicamente dalle ditte produttrici.

**Standard deontologico/normativo** - Raccomandazioni non classificabili in base ai livelli di evidenza scientifica ma eticamente e deontologicamente consigliate

\* Livelli di evidenze adottati dall'American Association of Critical Care Nurses

‡ Livello evidenza modificato rispetto a quello utilizzati dall'American Association of Critical Care Nurses

## 1. L'infermiere di area critica riconosce la ricerca della presenza di dolore come una delle priorità da garantire alla persona assistita (Standard deontologico/normativo)

**Razionale**

La valutazione e la gestione del dolore nelle persone assistite dovrebbe essere una priorità di ogni membro dello staff sanitario indipendentemente dal dipartimento o area di provenienza<sup>[14,15,16]</sup>. Le persone ricoverate nei contesti di area critica rappresentano una popolazione particolare perché, oltre alla presenza del sintomo, sono gravate dallo stress di essere in condizioni a rischio per la loro sopravvivenza<sup>[16]</sup>.

A dispetto dei progressi delle conoscenze sulla valutazione e gestione del dolore in area critica, gli infermieri hanno avuto difficoltà nell'attribuire elevate priorità al problema, per quanto si sia parlato del dolore come il quinto segno vitale<sup>[17]</sup>.

Un'indagine canadese ha messo in evidenza che il 94% degli infermieri attribuisce uguale importanza nella valutazione e documentazione del dolore nelle persone assistite in grado di auto-riferire il livello di dolore e di quelle non in grado di comunicare<sup>[18]</sup>. Dati provenienti dall'Italia evidenziano invece

scarsi livelli di attitudine e conoscenze sulla gestione del dolore tra gli infermieri che operano in contesti di degenza ordinaria, terapia sub-intensiva e terapia intensiva<sup>[19]</sup>.

**2. Ad ogni persona assistita in tutti i contesti di Area Critica deve essere garantito il monitoraggio routinario della presenza/assenza di dolore, utilizzando lo strumento più opportuno. (Standard deontologico/normativo)**

**Razionale**

La Dichiarazione di Montreal elaborata nell'ambito dell'International Pain Summit (IPS) dell'International Association for the Study of Pain (IASP)<sup>[6]</sup>, sostiene che il controllo del dolore è un fondamentale diritto umano ed in particolare l'articolo 3 sancisce testualmente: "il diritto di tutte le persone con dolore di avere accesso ad una appropriata valutazione e trattamento del dolore da parte di professionisti sanitari adeguatamente formati"<sup>[6]</sup>. Nello specifico della professione infermieristica italiana, il vigente codice deontologico e precisamente all'articolo 18, recita testualmente: "l'infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi ad esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona"<sup>[20]</sup>.

Si può trovare il sostegno politico-normativo all'articolo 7 (obbligo di riportare la rilevazione del dolore nella cartella clinica) della legge n. 38 del 2010 e particolarmente ai commi 1 e 2 che recitano testualmente: "1. All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito"; "2. In ottemperanza alle linee guida del progetto «Ospedale senza dolore», previste dall'accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 24 maggio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001, "le strutture sanitarie hanno facoltà di scegliere gli strumenti più adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la rilevazione del dolore da riportare all'interno della cartella clinica ai sensi del comma 1"<sup>[21]</sup>.

**3. La presenza di dolore nelle persone assistite in area critica andrebbe ricercata e documentata almeno ogni 4 ore. (Livello E)**

**Livello di evidenze a supporto - razionale**

Le più recenti linee guida sulla gestione del dolore in area critica fanno riferimento

alla necessità di rilevare routinariamente la presenza di dolore, ma senza specificare gli intervalli (di minima) con cui effettuare le rilevazioni<sup>[12,13]</sup>. Anche documenti sulla valutazione del dolore nei pazienti che non sono in grado di riportarlo autonomamente, rimangono la necessità che ogni unità operativa si doti di appropriate procedure di valutazione del dolore e di risposta al trattamento, e di eseguire rivalutazioni "dopo l'intervento sul dolore e regolarmente nel tempo", ma rimangono vaghe rispetto ad indicazioni temporali precise<sup>[22]</sup>. Un documento, piuttosto datato, prodotto dal National Pharmaceutical Council riportava alcune indicazioni circa la rivalutazione del dolore dopo eventuale trattamento, rispetto al dolore acuto in contesti clinici per acuti (per esempio dopo 1 ora dalla somministrazione di farmaci per os e dopo 30 minuti dalla somministrazione di analgesici per via parenterale). In modo molto generico riportava anche l'utilità di rilevare il dolore contestualmente agli altri parametri vitali (essendo il quinto segno vitale) in alcuni contesti clinici, specificando però la variabilità della rilevazione rispetto agli intervalli più o meno frequenti di rilevazione degli altri parametri<sup>[23]</sup>. Un recente articolo sul processo di miglioramento della qualità ha utilizzato come indicatore l'intervallo minimo di 4 ore per la somministrazione della Critical Care Pain Observation Tool (CPOOT) nelle terapie intensive<sup>[24]</sup>.

**4. Laddove ne sussistano le condizioni, l'infermiere dovrebbe adoperarsi per favorire l'espressione autonoma da parte della persona assistita della presenza e dell'intensità del dolore, utilizzando scale numeriche verbali o visive (0-10), mediante tavole alfanumeriche o i strumenti di comunicazione compensativi e/o alternativi (Livello C)**

**Livello di evidenze a supporto - razionale**

La Position Statement di American Society for Pain Management Nursing sulla valutazione del dolore nelle persone non in grado di riportare in modo autonomo il sintomo, raccomanda di seguire anche in queste popolazioni la gerarchia per la rilevazione del dolore: 1 – tentare di ottenere l'autovalutazione dalla persona assistita e documentare il motivo per cui non è possibile utilizzarlo; 2 – ricerca delle cause potenziali di dolore identificandone le fonti (processo patologico, procedure, immobilità, precedenti interventi chirurgici...); 3 – osservare i comportamenti delle persone assistite, elencando quelli che possono indicare la presenza di dolore; dovrebbe essere utilizzata una scala comportamentale del dolore; 4 – utilizzare la valutazione parte di "proxy" (familiari, caregiver, professionisti sanitari), identificando i comportamenti che secondo la loro opinione possono essere indicativi del-

la presenza di dolore (anche se ancora non ci sono studi che riescono a dimostrare con prove di efficacia elevate, la loro importanza<sup>[13]</sup>); 5 – se opportuno, eseguire una valutazione sull'efficacia di una somministrazione di analgesico<sup>[22]</sup>.

Il *gold standard* è l'autovalutazione della persona assistita anche tramite un semplice SI/NO o altre vocalizzazioni, o da gesti, come stringere la mano o l'ammiccamento<sup>[22]</sup>, nelle situazioni di limitate capacità verbali e cognitive. In particolare, nella persona in condizioni critiche gli ostacoli al self-report possono essere costituiti dai sedativi, miorellassanti, la presenza di tubo tracheale e dal delirium. Il delirium è caratterizzato anche dalla presentazione fluttuante; pertanto è necessario ricorrere a tentativi ripetuti ed attenti per stimolare l'autovalutazione in queste categorie di persone<sup>[22]</sup>.

L'autovalutazione della persona assistita in grado di comunicare affidabilmente è il gold standard per la rilevazione del dolore e anche per i malati critici l'uso di una scala numerica visuale (o verbale) da 0-10 è lo strumento migliore<sup>[13,22,25]</sup>. Se la persona non è in grado di usare una scala numerica può essere impiegata una scala verbale di descrittori del dolore (per esempio assenza di dolore, dolore lieve, dolore moderato, dolore forte, dolore insopportabile)<sup>[13]</sup>.

In condizioni di criticità e instabilità clinica, la persona può avere difficoltà nel concentrarsi sull'intensità del sintomo e può più facilmente indicare la sola presenza o assenza del dolore<sup>[26]</sup>.

**5. Nelle persone incapaci di riportare autonomamente il dolore, l'infermiere dovrebbe utilizzare scale validate, quali: la versione italiana del Critical Care Pain Observation Tool (CPOOT), o la Behavioural Pain Scale (BPS), anche nella sua versione per pazienti non intubati (BPS-NI) (Livello C)**

**Livello di evidenze a supporto - razionale**

Le attuali linee guida PADIS (*Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*)<sup>[8]</sup>, in continuità con le precedenti linee guida PAD (*Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit*), raccomandano nella popolazione di persone assistite in condizioni critiche che non sono capaci di autovalutare il proprio dolore, di impiegare le due scale di valutazione comportamentale: la Critical-Care Pain Observation Tool (CPOOT) (range di punteggio 0-8), e la Behavioral Pain Scale nei pazienti intubati (BPS) e non intubati (BPS-NI) (range di punteggio 3-12)<sup>[12,13]</sup>. La valutazione

psicometrica di queste scale è soddisfacente<sup>[27]</sup>: CPOT 16.7; BPS 15.1; BPS-NI 14.8<sup>[31]</sup>.

CPOT e BPS non sono appaiono completamente adatte all'impiego in persone con trauma cranico perché la patologia di base può limitare le manifestazioni comportamentali di dolore, come l'assenza di rigidità muscolare e di smorfie. Per motivi analoghi, anche l'impiego di questi due strumenti negli ustionati gravi probabilmente può essere limitato data l'influenza sull'espressione del volto e sui movimenti degli arti in presenza delle lesioni<sup>[14]</sup>.

CPOT e BPS-NI sembrano esser valide anche nei pazienti con delirium, ma occorrono maggiori studi per confermare questi risultati. Inoltre, mancano studi di validazione delle scale comportamentali su persone con deficit cognitivo<sup>[14]</sup>.

Il cut-off per l'individuazione della presenza di dolore nella CPOT è stato individuato nel punteggio > 2 e nella BPS > 5, che rappresentano più di 2 punti rispetto ai punteggi minimi<sup>[14]</sup>. I punteggi di autovalutazione del dolore e delle scale comportamentali si muovono nella stessa direzione ma, mentre i primi permettono in genere di discriminare l'intensità del dolore, le seconde individuano soltanto l'assenza o la presenza del dolore, non discriminando se lieve, moderato o severo<sup>[14]</sup>.

Nel 2012 uno studio osservazionale prospettico monocentrico in una terapia intensiva italiana ha messo in evidenza una forte correlazione tra i punteggi di CPOT e BPS in 1083 rilevazioni su 36 persone ricoverate ( $\rho=0.784$ ;  $p<0.001$ )<sup>[28]</sup>.

Nel 2016 la BPS e la CPOT sono state comparate in 2 terapie intensive di un ospedale universitario italiano<sup>[29]</sup>, con lo scopo di valutarne la concordanza. Sono state effettuate 528 rilevazioni in 33 pazienti. Entrambe le scale hanno mostrato di discriminare le procedure dolorose (mobilitazione sul fianco destro e sul fianco sinistro e l'aspirazione endotracheale) da quelle non dolorose (cure igieniche senza mobilitazione, il cambio della medicazione del catetere venoso centrale e/o del catetere arterioso) ( $p<0.001$ ). La correlazione tra le due scale risultava ottimale e significativa (con  $r_s$  superiore a 0.9 e  $p<0.001$ )<sup>[29]</sup>.

Severgnini e collaboratori hanno testato la validità delle versioni italiane della CPOT e della BPS in una terapia intensiva italiana su 101 persone ricoverate (60 incoscienti, 41 coscienti). La validità di criterio della BPS e della CPOT mostrava una moderata correlazione con la VAS, includendo tutte le misure (BPS  $r_s = 0.56$ ;  $p < 0.0001$  CPOT  $r_s = 0.48$ ;  $p < 0.0001$ ) [28]. Durante le manovre di nursing è stata rilevata una bassa sensibilità della BPS (sensibilità 62.8 % e specificità 91.7 %, accuratezza 72.04 %), ed una bassa specificità per la CPOT (sensibilità 76.5 % e specificità 70.8 %, accuratezza 74.68 %) [30].

Recentemente è stata validata a livello internazionale, una nuova scala comportamentale di valutazione del dolore denominata Behavior Pain Assessment Tool (BPAT)<sup>[26]</sup>.

A questo studio di validazione hanno partecipato anche 6 terapie intensive Italiane. Il punteggio psicometrico ponderato ottenuto dalla scala era di 10.6<sup>[30]</sup>, pertanto le linee guida PADIS continuano a raccomandare in prima battuta l'uso di CPOT e BPS<sup>[13]</sup>.

Una survey canadese ha messo in mostra che gli infermieri sono più attenti a rilevare il dolore nei pazienti coscienti rispetto a quelli sedati (rispettivamente all'89% rispetto al 33%), e ciò indica la necessità di un'ulteriore sensibilizzazione del personale sanitario<sup>[18]</sup>.

## 6. Le scale per la rilevazione del dolore nelle persone che non sono in grado di verbalizzare dovrebbero essere utilizzate da professionisti sanitari adeguatamente formati (Livello C)

### Livello di evidenze a supporto - razionale

L'autovalutazione del dolore da parte della persona assistita, dipende da processi mentali elevati, mentre i comportamenti dipendono da automatismi e sono soggetti a minor controllo volontario. I comportamenti che possono indicare dolore sono più complessi da decodificare da osservatori esterni, pertanto diventa importante una adeguata formazione nell'uso delle scale nelle persone che non sono in grado di verbalizzarlo autonomamente<sup>[14]</sup>. Esperienze di formazione standardizzata per l'utilizzo delle scale CPOT e BPS hanno dimostrato una buona prevalenza di utilizzo e di concordanza nelle valutazioni tra operatori<sup>[31-36]</sup>. Nello stesso studio di validazione della CPOT in lingua italiana sono stati rilevati moderati livelli di concordanza, associati alla percezione di scarsa chiarezza delle indicazioni all'uso della scala, scarsa semplicità di comprensione e scarsa facilità di compilazione da oltre metà degli intervistati<sup>[37]</sup>.

## 7. Dove sia praticabile, nelle persone che non sono in grado di riportare autonomamente il dolore, l'infermiere si avvale del coinvolgimento di persone significative che conoscono bene la persona assistita per valutare la presenza di indicatori di dolore (Livello C)

### Livello di evidenze a supporto - razionale

Sono disponibili pochi studi che hanno esaminato l'accuratezza della rilevazione del dolore e dell'intensità da parte di proxy o surrogati, come i familiari: il grado di concordanza con la persona assistita sembra essere modesto<sup>[13]</sup>. Sono quindi necessari ulteriori studi per avvalorare la reale utilità dell'utilizzo di "proxy" per i pazienti che non sono in grado di esprimersi autonomamente. Alcuni

studi qualitativi sembrano indicare le interessanti potenzialità del contributo dei familiari nell'identificare i comportamenti indicativi della presenza di dolore nel loro caro, grazie al livello elevato di conoscenza<sup>[38,39]</sup>. I familiari riconoscono gli stessi comportamenti presi in esame dalle scale di rilevazioni del dolore, come le espressioni facciali, i movimenti del corpo e la rigidità muscolare<sup>[13]</sup>.

Anche le più recenti linee guida sulla gestione del dolore nei pazienti adulti in terapia intensiva e le raccomandazioni cliniche suggeriscono, quando possibile, il coinvolgimento dei familiari nella valutazione del dolore, laddove appropriato. La valutazione dei familiari non sostituisce quella degli operatori sanitari<sup>[13,22,26]</sup>. Alcuni autori richiamano infatti l'attenzione sul rischio di "over treatment" potenzialmente generato dalla tendente sovrastima delle valutazioni dei familiari<sup>[22,40]</sup>.

## 8. I soli parametri vitali non sono sufficienti per identificare la presenza di dolore (Livello C)

### Livello di evidenze a supporto - razionale

I parametri fisiologici (frequenza respiratoria, frequenza cardiaca e pressione arteriosa) sono comunemente monitorizzati e registrati, ma non possono essere interpretati come semplici indicatori di discomfort e/o dolore del paziente in assenza della capacità di autovalutazione<sup>[41]</sup>. Un'indagine canadese del 2012, ha evidenziato che il 92% degli infermieri intervistati riteneva i parametri vitali da moderatamente ad estremamente importanti nella valutazione del dolore in terapia intensiva<sup>[18]</sup>. Una recente revisione della letteratura ha confermato i risultati di numerosi studi rispetto sulla scarsa capacità discriminante delle alterazioni di frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione periferica dell'ossigeno e CO<sub>2</sub> di fine espirazione, nell'essere rappresentative dell'esclusiva presenza di dolore rispetto ad altre condizioni cliniche o indotte dalla somministrazione di farmaci<sup>[14]</sup> e, in particolare, che l'assenza di cambiamenti nei parametri vitali non significa "assenza di dolore"<sup>[22]</sup>.

Le attuali linee guida PADIS raccomandano di usare le alterazioni dei parametri vitali esclusivamente come primo indizio sulla possibile presenza di dolore, ma da associare a metodi validati, quali l'autovalutazione del paziente (dove possibile) o, in assenza di questo, delle scale comportamentali<sup>[11]</sup>. Le stesse linee guida indicano la necessità di approfondire la ricerca sulle variazioni di frequenza cardiaca (Analgesia Nociception Index) e dell'integrazione simultanea di più parametri fisiologici (Nociception Level Index) per la rilevazione della presenza di dolore nei pazienti critici<sup>[13]</sup>.

**9. In generale, il dolore durante procedure diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali nelle persone assistite in area critica che non sono in grado di verbalizzare andrebbe sempre sospettato e prevenuto. Questo vale in particolar modo per le persone trattate con miolorassanti, elevati livelli di sedazione, o in condizioni cliniche caratterizzate da deficit neuromuscolari tali da rendere inutilizzabili anche le scale CPOT e BPS o BPS-NI (Livello E)**

#### Livello di evidenze a supporto - razionale

Le recenti linee guida PADIS riconfermano i limiti delle scale comportamentali di rilevazione del dolore che non possono essere utilizzati in determinate categorie di persone (per esempio chi non è responsivo, con uno score di Richmond Agitation-Sedation Scale  $\leq -4$ )<sup>[13]</sup>. Queste scale, infatti non sono utilizzabili nei pazienti con livelli di sedazione e miolorassazione<sup>[14]</sup>. Inoltre, le stesse linee guida auspicano studi per superare questi limiti<sup>[13]</sup>. Ci sono alcuni risultati promettenti sull'utilizzo di indice bispettrale (BIS), pupillometria e conduttanza cutanea per la misurazione del dolore nei pazienti in terapia intensiva, ma occorrono ulteriori conferme<sup>[41]</sup>.

Pertanto, l'unico strumento utilizzabile nelle terapie intensive è un test di efficacia analgesica ogni qualvolta si sospetti che la persona assistita possa avere dolore. La scelta della tipologia di analgesici di impiegare e la loro titolazione, andrebbero fatti sulla base dell'intensità presunta del dolore<sup>[22]</sup>.

**10. Dopo il trattamento preventivo o terapeutico analgesico, l'infermiere di area critica rivaluta la persona assistita per valutare l'efficacia del trattamento mediante le scale del dolore più idonee per le condizioni cliniche. (Livello E)**

#### Livello di evidenze a supporto - razionale

L'American Pain Society, in un documento dedicato al miglioramento della qualità della gestione del dolore acuto e oncologico, raccomanda la rivalutazione del dolore "frequentemente"<sup>[42]</sup>. Viene raccomandata la produzione di protocolli e procedure di gestione del dolore a livello locale (ospedali, unità operative) che prevedano anche rivalutazioni "dopo l'intervento sul dolore e regolarmente nel tempo"<sup>[22]</sup>. Già nel 2001 il National Pharmaceutical Council indicava la necessità di rivalutare il dolore acuto dopo 1 ora dalla somministrazione di farmaci per os e dopo 30 minuti dalla somministrazione di analgesici per via parenterale<sup>[23]</sup>. In ogni caso il dolore va rivalutato per controllare l'efficacia della terapia in base alle caratteristiche farmacocinetiche degli analgesici somministrati.

#### BIBLIOGRAFIA

- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). *IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing*. 2018. <https://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2052> Accesso eseguito il 20-02-2019
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). *IASP Terminology*. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698> Accesso eseguito il 20-02-2019
- IMANI F, SAFARI S. "Pain Relief is an Essential Human Right", We Should be Concerned about It. *Anesth Pain Med*. 2011 Fall;1(2):55-7.
- BRENNAN F, CARR D, COUSINS M. *Access to Pain Management - Still Very Much a Human Right*. *Pain Medicine*. 2016 Oct;17(10):1785-1789.
- LOHMAN, D, SCHLEIFER R., AMON, J. J. (2010). *Access to pain treatment as a human right*. *BMC medicine*. 2010 Jan; 8(1):1-8.
- COUSINS MJ, LYNCH ME. *The Declaration Montreal: access to pain management is a fundamental human right*. *Pain*. 2011 Dec;152(12):2673-4.
- PUNTILLO KA, WHITE C, MORRIS AB, ET AL. *Patients' perceptions and responses to procedural pain: Results from Thunder Project II*. *Am J Crit Care* 2001; 10:238-251.
- DEVLIN JW, SKROBIK Y, GÉLINAS C, NEEDHAM DM, SLOOTER AJC, PANDHARIPANDE PP, WATSON PL, WEINHOUSE GL, NUNNALLY ME, ROCHWERG B, BALAS MC, VAN DEN BOOGAARD M, BOSMA KJ, BRUMMEL NE, CHANQUES G, DENEHY L, DROUOT X, FRASER GL, HARRIS JE, JOFFE AM, KHO ME, KRESS JP, LANPHERE JA, MCKINLEY S, NEUFELD KJ, PISANI MA, PAYEN JF, PUN BT, PUNTILLO KA, RIKER RR, ROBINSON BRH, SHEHABI Y, SZUMITA PM, WINKELMAN C, CENTOFANTI JE, PRICE C, NIKAYIN S, MISAK CJ, FLOOD PD, KIEDROWSKI K, ALHAZZANI W. *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*. *Crit Care Med*. 2018 Sep;46(9):e825-e873.
- PUNTILLO KA, MAX A, TMSIT JF, VIGNOUD L, CHANQUES G, ROBLED A G, ROCHE-CAMPO F, MANCEBO J, DIVATIA JV, SOARES M, IONESCU DC, GRINTESCU IM, VASILIU IL, MAGGIORE SM, RUSINOVA K, OWCZUK R, EGEROD I, PAPANASSOGLOU ED, KYRANOU M, JOYNT GM, BURGH I G, FREEBAIRN RC, HO KM, KAARLOLA A, GERRITSEN RT, KESECIOLU J, SULAJ MM, NORRENBORG M, BENOIT DD, SEHA MS, HENNEIN A, PERIERA FJ, BENBENISHTY JS, ABRUG F, AQUILINA A, MONTE JR, AN Y, AZOULAY E. *Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit*. The Europain® study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014 Jan 1;189(1):39-47.
- ARROYO-NOVOA CM, FIGUEROA-RAMOS MI, PUNTILLO KA, ET AL. *Pain related to tracheal suctioning in awake acutely and critically ill adults: A descriptive study*. *Intensive Crit Care Nurs* 2008; 24:20-27
- PUNTILLO KA, MORRIS AB, THOMPSON CL, ET AL. *Pain behaviors observed during six common procedures: Results from Thunder Project II*. *Crit Care Med* 2004; 32:421-427.
- CHANQUES G, SEBBANE M, BARBOTTE E, VIEL E, ELEDJAM JJ, JABER S. *A prospective study of pain at rest: incidence and characteristics of an unrecognized symptom in surgical and trauma versus medical intensive care unit patients*. *Anesthesiology*. 2007 Nov;107(5):858-60.
- BARR J, FRASER GL, PUNTILLO K, ELY EW, GÉLINAS C, DASTA JF, DAVIDSON JE, DEVLIN JW, KRESS JP, JOFFE AM, COURSIGN DB, HERR DL, TUNG A, ROBINSON BR, FONTAINE DK, RAMSAY MA, RIKER RR, SESSLER CN, PUN B, SKROBIK Y, JAESCHKE R; AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE. *Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit*. *Crit Care Med*. 2013 Jan;41(1):263-306.
- GÉLINAS C. *Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends*. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016 Jun;34:1-11.
- Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010
- HASEGAWA R. *Consideration of pain felt by patients in the ICU*. *J Intensive Care*. 2017;5:73.
- SHANNON K, BUCKNALL T. *Pain assessment in critical care: what have we learnt from research*. *Intensive Crit Care Nurs*. 2003 Jun;19(3):154-62.
- ROSE L, SMITH O, GÉLINAS C, HASLAM L, DALE C, LUK E, BERRY L, MCGILLION M, MEHTA S, WATT-WATSON J. *Critical care nurses' pain assessment and management practices: a survey in Canada*. *Am J Crit Care*. 2012 Jul;21(4):251-9.
- LATINA R, MAURO L, MITELLO L, D'ANGELO D, CAPUTO L, DE MARINIS MG, SANSONI J, FABRIANI L, BAGLIO G. *Attitude and Knowledge of Pain Management Among Italian Nurses in Hospital Settings*. *Pain Manag Nurs*. 2015 Dec;16(6):959-67.
- FNOPI (Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche). *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019*. <http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> Accesso effettuato il 12/05/2019
- Legge 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. (10G0056) (G.U. Serie Generale, n. 65 del 19 marzo 2010).
- HERR K, COYNE PJ, MCCAFFERY M, MANWORREN R, MERKEL S. *Pain assessment in the patient*

- unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*. 2011 Dec;12(4):230-50.
23. NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL. *Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments*. National Pharmaceutical Council December 2001. <https://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf> Accesso effettuato il 14-02-2019.
  24. MASCARENHAS M, BEATTIE M, ROXBURGH M, MACKINTOSH J, CLARKE N, SRIVASTAVA D. *Using the Model for Improvement to implement the Critical-Care Pain Observation Tool in an adult intensive care unit*. *BMJ Open Qual*. 2018 Oct 9;7(4):e000304.
  25. CHANQUES G, VIEL E, CONSTANTIN JM, JUNG B, DE LATIRE S, CARR J, CISSE M, LEFRANT JY, JABER S. *The measurement of pain in intensive care unit: comparison of 5 self-report intensity scales*. *Pain*. 2010 Dec;151(3):711-21.
  26. AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL CARE NURSES. *AACN Practice Alerts. Assessing Pain in Critically Ill Adults*. *Crit Care Nurse*. 2018 Dec;38(6):e13-e16.
  27. GÉLINAS C, PUNTILLO KA, JOFFE AM, BARR J. *A validated approach to evaluating psychometric properties of pain assessment tools for use in nonverbal critically ill adults*. *Semin Respir Crit Care Med*. 2013 Apr;34(2):153-68.
  28. ELLI S, DAGOSTINI G, BAMBI S, REZOAGLI E, CANNIZZO L, PASQUALI S, COLNAGHI G, LUCCHINI A. *(Utilization of Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in Intensive Care Unit)*. *Prof Inferm*. 2015 Oct-Dec;68(4):228-35.
  29. VADELKA A, BUSNELLI A, BONETTI L. *Confronto tra due scale comportamentali per la valutazione del dolore nel paziente critico in relazione con lo stato di sedazione: uno studio osservazionale trasversale*. *Scenario*. 2017; 34 (2): 4-14
  30. SEVERGNINI P, PELOSI P, CONTINO E, SERAFINELLI E, NOVARIO R, CHIARANDA M. *Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study*. *J Intensive Care*. 2016 Nov 7;4:68. eCollection 2016.
  31. GÉLINAS C, PUNTILLO KA, LEVIN P, AZOULAY E. *The Behavior Pain Assessment Tool for critically ill adults: a validation study in 28 countries*. *Pain*. 2017 May;158(5):811-821.
  32. CHANQUES G, JABER S, BARBOTTE E, VIOLET S, SEBANE M, PERRIGAULT PF, MANN C, LEFRANT JY, ELEDJAM JJ. *Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit*. *Crit Care Med*. 2006 Jun;34(6):1691-9.
  33. GÉLINAS C. *Nurses' evaluations of the feasibility and the clinical utility of the Critical-Care Pain Observation Tool*. *Pain Manag Nurs*. 2010 Jun;11(2):115-25.
  34. GÉLINAS C, ARBOUR C, MICHAUD C, VAILLANT F, DESJARDINS S. *Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study*. *Int J Nurs Stud*. 2011 Dec;48(12):1495-504.
  35. GÉLINAS C, TOUSIGNANT-LAFLAMME Y, TANGUAY A, BOURGAULT P. *Exploring the validity of the bispectral index, the Critical-Care Pain Observation Tool and vital signs for the detection of pain in sedated and mechanically ventilated critically ill adults: a pilot study*. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011 Feb;27(1):46-52.
  36. PHILLIPS ML, KURUVILLA V, BAILEY M. *Implementation of the Critical Care Pain Observation Tool increases the frequency of pain assessment for noncommunicative ICU patients*. *Aust Crit Care*. 2018 Oct 9. pii: S1036-7314(17)30507-6.
  37. STEFANI F, NARDON G, BONATO R, MODENESE A, NOVELLO C, FERRARI R. *(The validation of C-POT (Critical-Care Pain Observation Tool) scale: a tool for assessing pain in intensive care patients)*. *Assist Inferm Ric*. 2011 Jul-Sep;30(3):135-43.
  38. VANDERBYL BL, GÉLINAS C. *Family Perspectives of Traumatically Brain-Injured Patient Pain Behaviors in the Intensive Care Unit*. *Pain Manag Nurs*. 2017 Aug;18(4):202-213.
  39. RICHARD-LALONDE M, BOITOR M, MOHAND-SAÏD, GÉLINAS C. *Family members' perceptions of pain behaviors and pain management of adult patients unable to self-report in the intensive care unit: A qualitative descriptive study*. *Canadian Journal of Pain*. 2018;2(1):315-323.
  40. PUNTILLO K, PASERO C, LI D, MULARSKI RA, GRAP MJ, ERSTAD BL, VARKEY B, GILBERT HC, MEDINA J, SESSLER CN. *Evaluation of pain in ICU patients*. *Chest*. 2009 Apr;135(4):1069-1074.
  41. AZEVEDO-SANTOS IF, DESANTANA JM. *Pain measurement techniques: spotlight on mechanically ventilated patients*. *J Pain Res*. 2018 Nov 21;11:2969-2980.
  42. GORDON DB, DAHL JL, MIASKOWSKI C, MCCARBURG B, TODD KH, PAICE JA, LIPMAN AG, BOOKBINDER M, SANDERS SH, TURK DC, CARR DB. *American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force*. *Arch Intern Med*. 2005 Jul 25;165(14):1574-80.

<b>Revisionato da</b>	<p><b>Prof.ssa Paola Di Giulio.</b> Professore Associato di Scienze Infermieristiche. Università degli Studi di Torino. Dipartimento Sanità Pubblica e Pediatriche. Torino.</p> <p><b>Dott. Giovanni Mistrarelli.</b> Medico Anestesista Rianimatore e Ricercatore Universitario. Università degli Studi di Milano. ASST Santi Paolo e Carlo, Ospedale San Paolo. Milano.</p> <p><b>Dott.ssa Maria Benetton.</b> Infermiera. Unità di Neuroanestesia e Terapia Intensiva. Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana. Treviso.</p>
<b>Approvato da</b>	Comitato Direttivo Aniarti in data 18/05/2019