
Factsheet sugli Indicatori di qualità per le cure stazionarie di lunga durata – Dolore: autovalutazione e valutazione da parte di terzi

Come sono definiti gli indicatori di qualità per il dolore?

Due indicatori di qualità sono rilevati per quanto riguarda il dolore: l'autovalutazione del residente e la valutazione da parte di terzi.

Autovalutazione: percentuale di residenti che, negli ultimi 7 giorni, hanno manifestato di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati e più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente.

Criteria d'esclusione: un residente è registrato nell'indicatore di qualità autovalutazione quando le informazioni date nell'autovalutazione sono complete e disponibili (ossia, il residente ha dato risposte valide sulla frequenza e l'intensità del dolore). I residenti senza risposte valide sono esclusi.

Valutazione da parte di terzi: percentuale di residenti, che negli ultimi 7 giorni, hanno manifestato di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati e più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente.

Criteria d'esclusione: i residenti vengono registrati nell'indicatore di qualità valutazione da parte di terzi quando le indicazioni per la valutazione da parte di terzi sono completamente disponibili (ossia, quando ci sono risposte valide sulla frequenza e l'intensità del dolore). In questo indicatore sono inclusi anche i residenti per i quali sono già disponibili sia un'autovalutazione sia una valutazione da parte di terzi valide.

Adeguamento dei rischi: per entrambi gli indicatori, le seguenti quattro caratteristiche dei residenti vengono utilizzate per l'adeguamento dei rischi: livello di cure, deficit cognitivo (misurato con la Cognitive Performance Scale CPS), sesso e disturbo depressivo dell'umore (misurato con la Depression Rating Scale DRS).

Perché il dolore è misurato come indicatore di qualità?

- I residenti nelle CPA presentano spesso polimorbilità e convivono con più patologie che possono comportare la comparsa di dolori. I dolori muscoloscheletrici cronici sono particolarmente frequenti, in particolare alle ginocchia, alle anche, alla colonna vertebrale o alle mani. I tumori e/o i loro trattamenti possono pure spesso essere causa di dolori.
- Per trattare efficacemente il dolore, è in primo luogo necessario identificarlo e comprenderlo. Ciò può essere particolarmente difficile per i residenti con disturbi cognitivi in quanto loro stessi non riescono a dare le informazioni necessarie per una presa in carico del dolore.
- Un dolore non trattato o insufficientemente trattato a lungo termine può ridurre notevolmente la qualità di vita dei residenti (cfr. riquadro).

Con quale frequenza i residenti nelle case per anziani (CPA) accusano dolore ?

Circa il 60% dei residenti in CPA soffre di dolori.

Quali sono le possibili conseguenze di un dolore trattato in modo insufficiente ?

- Diminuzione della qualità di vita.
- Limitazione della mobilità e dell'autonomia.
- Aumento di sindromi depressive o di comportamenti difficili, isolamento sociale, perdita d'appetito.

Quali fattori possono influenzare il dolore?

Residenti

- Malattie psichiche già esistenti.
- Stato fisico dopo una caduta o una ferita.
- Stato fisico dopo un intervento chirurgico.
- Malattie psichiche esistenti (per esempio, depressione o disturbi d'ansia possono aggravare i dolori).
- Disturbi cognitivi (la percezione e la classificazione dei dolori può essere resa difficile).
- Attitudine negativa dei residenti verso i trattamenti medici e il tema del dolore nelle persone anziane.
- «Sofferenza globale»: oltre ai fattori fisici, fattori psicologici, sociali o spirituali possono influire sul trattamento e la percezione del dolore.

Personale

- Mancanza di conoscenza sul dolore e delle attitudini da adottare di fronte al dolore accusato da persone anziane.
- Mancanza d'esperienza nella gestione del dolore in seno all'istituto.
- Mancanza di consapevolezza nell'applicazione di misure terapeutiche non-medicamentose.

Organizzazione

- Assenza di un concetto sul dolore, di protocolli o direttive per la presa in carico del dolore nell'istituto.
- Mancanza di offerte non-medicamentose in seno all'istituto (per es. cuscini riscaldanti, cure naturali, fango, ultrasuoni terapeutici).
- Difficoltà nella collaborazione interprofessionale con i medici curanti.

Di che cosa tener conto nella rilevazione degli indicatori di qualità?

In linea di principio, la raccolta di dati è descritta nei manuali degli strumenti di raccolta di dati. Di seguito, alcune osservazioni sulla rilevazione degli indicatori.

Autovalutazione

- Le informazioni sulla frequenza e l'intensità del dolore devono essere fornite dai residenti. Sono documentate senza modifiche le risposte dei residenti alle domande.
- Le domande sono poste al termine di un periodo di osservazione. Con calma, rendete visita al residente e ponetegli le domande sulla frequenza e l'intensità del dolore. Quale professionista, verificate che il residente comprenda le domande e sia in grado di ricordarsi degli ultimi 7 giorni.
- In questo caso, lavorate con una scala di valutazione verbale (VRS), ossia con le opzioni di risposta date dallo strumento (leggero, moderato, forte, molto forte/insopportabile), anche se abitualmente con il residente è utilizzato un altro tipo di scala. Non è concesso di convertire i valori numerici di una scala visuale analogica (VAS) o di una scala numerica verbale (NRS) da 0 a 10, per esempio con parole perché questi valori non sono paragonabili.
- Se il residente non può o non vuole rispondere alle domande, passate alla valutazione da parte di terzi.

Valutazione da parte di terzi

- La valutazione dovrebbe essere fatta da una persona che conosce il residente da tempo. Chiedete pure all'équipe (comprese le persone che non fanno parte del personale d'assistenza e cura) e ai familiari dei residenti se hanno osservato qualcosa che possa indicare dei dolori.

- Diversi strumenti possono aiutare nella valutazione del dolore da parte di terzi, come la scala ECPA (valutazione comportamentale del dolore in persone anziane non comunicanti) o PAINAID (Pain Assessment in Advanced Dementia).
- I seguenti punti possono indicare un dolore (in base alle descrizioni nello strumento di valutazione PAINAID):
 - espressioni vocali: per es. gemiti, rantoli, grugniti, sospiri, gridi ripetuti;
 - espressioni facciali, mimiche: cambiamenti nell'espressione del viso, per es. deformazione del viso, un'espressione facciale tesa o di paura, uno sguardo preoccupato;
 - postura corporale e movimenti: postura tesa, rigida o tesa, residente che si muove in un andirivieni inquieto, residente con una cauta postura, residente che picchia o respinge;
 - respirazione: respirazione rumorosa o laboriosa, iperventilazione occasionale;
 - altri segnali: ritmo del sonno modificato, perdita d'appetito, impossibilità di distrarre, confortare o rassicurare il residente.
- L'osservazione dei residenti non può sempre essere interpretata chiaramente. Per esempio, i segnali osservati potrebbero esprimere paura e non dolore. Discutete con l'équipe interprofessionale quali osservazioni potrebbero essere dei segnali di dolore. Discutete nell'équipe dell'intensità del dolore: passate in rassegna gli episodi che vi fanno sospettare un dolore, per esempio durante un trasferimento o altri movimenti, e valutate insieme l'intensità dei dolori più forti.

Misure terapeutiche possibili per ridurre il dolore

In principio, l'équipe interprofessionale gestisce il trattamento del dolore. Il miglioramento della presa in carico del dolore necessita interventi a diversi livelli: del residente e dei suoi familiari, del personale coinvolto e dell'istituzione.

Fattori d'influenza

- Residenti**
- Malattie fisiche o psichiche esistenti.
 - Stato dopo una caduta, una ferita o un'operazione.
 - Disturbi cognitivi.
 - Attitudine negativa dei residenti verso i trattamenti medicamentosi o verso il tema del dolore nelle persone anziane.
 - "Sofferenza globale": influsso di fattori psicologici, sociali o spirituali.



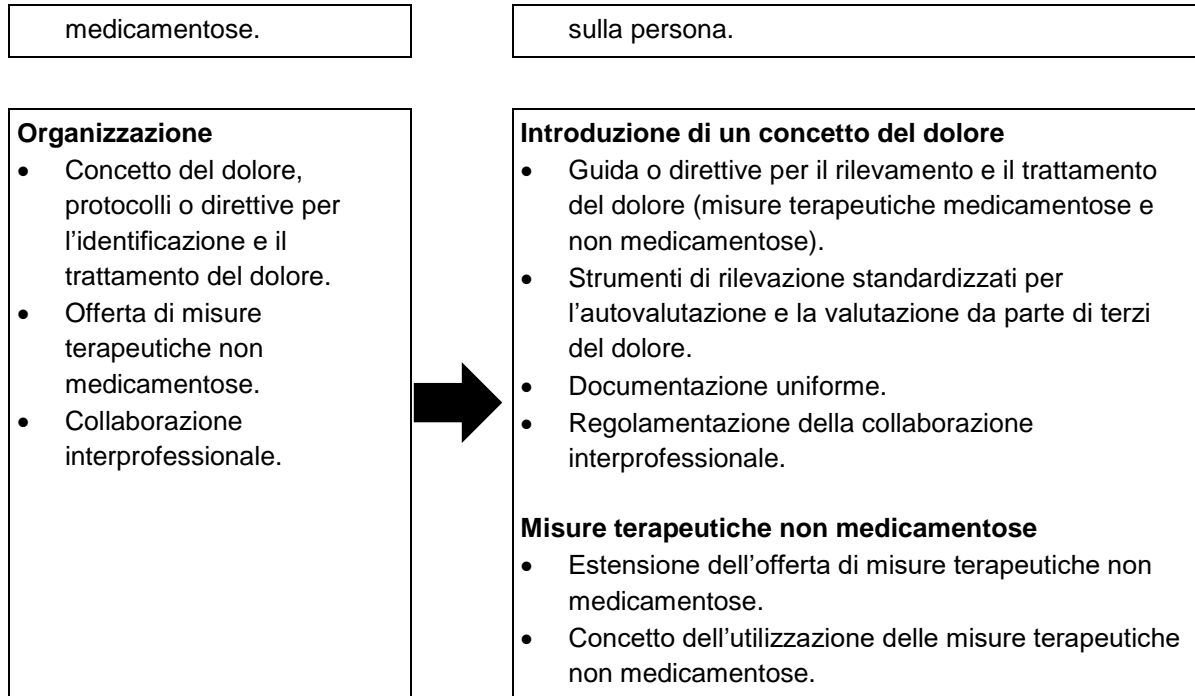
Misure

- Test di depistaggio del dolore al momento dell'ammissione del residente, in occasione di un trasferimento o di un rientro dall'ospedale**
- Informarsi sull'esistenza di dolori, consultare i famigliari del residente affetto da disturbi cognitivi.
 - Esame dei documenti di ammissione e identificazione di diagnosi o trattamenti conosciuti per essere potenzialmente dolorosi.
 - In caso di dolori esistenti: procedere a una valutazione dettagliata del dolore, chiarire i fattori d'influsso bio-psico-sociali e spirituali, consultare i famigliari dei residenti che presentano disturbi cognitivi.
- Rilevamento standardizzato e continuo del dolore**
- Regolare rilevamento del dolore con l'ausilio di strumenti appropriati (per esempio, VNS, VRS, VAS, ECPA, PAINAID per la valutazione da parte di terzi; la frequenza di valutazione dipende dalla persistenza dello stato doloroso e dai bisogni del residente come pure dal rilevamento dell'evoluzione della medicazione) e registrazione delle note di valutazione.
 - Verificare regolarmente gli effetti delle misure applicate per lenire il dolore (ogni volta che la misura è attuata).
- Organizzazione di colloqui**
- Nelle situazioni dolorose complesse, se necessario, coinvolgere l'équipe interprofessionale e i famigliari.

- Personale**
- Conoscenze e attitudini verso il dolore nelle persone anziane.
 - Esperienza nella gestione del dolore.
 - Attitudini verso i trattamenti medicamentosi del dolore.
 - Applicazione consapevole di misure terapeutiche non



- Formazione del personale d'assistenza e cura**
- Conoscenza dei principi di base riguardanti il dolore nelle persone anziane, in particolare nelle persone affette da demenza.
 - Identificazione e valutazione del dolore.
 - Trattamento del dolore (misure terapeutiche medicamentose e non medicamentose, principi basilari della farmacologia, Serial Trial Intervention STI nei residenti affetti da demenza).
 - Rafforzamento dell'applicazione di cure centrate



Risorse supplementari

- Sito internet CURAVIVA Svizzera: Dossier tematico sulle [Cure palliative](#).
- Manuale d'uso di BESA, Q-Sys, Plaisir/Plex.

Bibliografia

- Kaasalainen, S., Brazil, K., Coker, E., Ploeg, J., Martin-Misener, R., Donald, F., DiCenso, A., Hadjistavropoulos, T., Dolovich, L., Papaioannou, A., Emili, A., Burns, T., 2010. An action-based approach to improving pain management in long-term care. *Canadian Journal on Aging* 29 (4), 503–517
- Métraiiller, A., Vocat, A., Epiney, A., Mabillard, F., Pasche, R., Rey, L., Günter, J.-P., Kunz, A., Bettler, S., Bonvin, L., Rapin, C.-H. (2007). Vers un milieu de vie sans douleur: une équipe se mobilise et se donne les moyens de la clinique pour soulager et combattre la douleur des personnes âgées en EMS. *Infokara: Revue Internationale Francophone de Soins Palliatifs*, 22(3), 63–67. doi:10.3917/inka.073.0063
- Sommerhalder, K., Gugler, E., Conca, A., Bernet, M., Bernet, N., Serdaly, C., Hahn, S., 2015. *Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS)*. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit.
- Wulff, I., Könnner, F., Kölzsch, M., Budnick, A., Dräger, D., Kreutz, R., 2012. Interdisciplinary guidance for pain management in nursing home residents. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45 (6), 505–544

Editore

CURAVIVA Svizzera, Settore specializzato persone anziane
Zieglerstrasse 53
Casella postale 1003
3000 Berna 14

Contatto: Daniel Domeisen, Economia della salute pubblica, d.domeisen@curaviva.ch

Autori

Thekla Brunkert, Dott.ssa Franziska Zúñiga
Istituto di Scienze Infermieristiche, Department of Public Health, Facoltà di medicina,
Università di Basilea

© CURAVIVA Svizzera, novembre 2018