

## **PROCEDURA VALUTAZIONE DEL DOLORE**

Rev. 01/RM Del 21/04/2021	Approvata da: Comitato Rischio Clinico	Verificato da: Direttore Sanitario Aziendale Dott. Raffaele Elia	Autorizzato alla diffusione da: Direttore Generale Arch. Angelo Aliquò
Pag. 1 di 17		<i>Comitato Rischio Clinico</i>	

## **RIFERIMENTO STANDARD JCI 2011**

### **AOP.1.7**

**Tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali sono sottoposti a uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo**

#### **Intento**

Nel corso della valutazione iniziale e delle rivalutazioni, è utilizzata una procedura di screening allo scopo di individuare i pazienti con dolore. Una volta identificata la presenza del dolore, il paziente può essere trattato all'interno dell'organizzazione oppure inviato altrove per il trattamento.

L'ambito del trattamento si basa sull'ambiente di cura e sui servizi erogati.

Quando il paziente è trattato all'interno dell'organizzazione, viene eseguita una valutazione più esauriente. Questa valutazione è appropriata all'età del paziente e misura l'intensità e la qualità del dolore, come natura, frequenza, sede e durata. Questa valutazione viene registrata in modo tale da facilitare la rivalutazione periodica e il follow-up in base ai criteri elaborati dall'organizzazione e ai bisogni del paziente.

#### **Elementi misurabili**

1. Per tutti i pazienti viene fatto uno screening del dolore.
2. Se l'esame di screening iniziale identifica la presenza di dolore, il paziente viene inviato altrove per il trattamento oppure viene eseguita una valutazione completa, appropriata all'età del paziente, che misura l'intensità e la qualità del dolore, come natura, frequenza, sede e durata del dolore.
3. La valutazione viene registrata in modo tale da facilitare la rivalutazione periodica e il follow-up in base ai criteri elaborati dall'organizzazione e ai bisogni del paziente.

#### **Premesse**

Il dolore è il sintomo più frequente nei pazienti che si presentano al Pronto Soccorso, con una prevalenza stimata del 60–80%.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), la Salute è "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità."

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore:

"Una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale. Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva. Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate ad una lesione durante i primi anni di vita.

Sicuramente si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una carica emozionale".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) insiste sulla necessità di trattare questo sintomo e il consumo di morfina in terapia è indicato come parametro di avanzamento sociale di una nazione.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JACHO) richiede, nei suoi standard di qualità, che tutti i pazienti vengano valutati per il dolore e che di conseguenza ne abbiano un trattamento adeguato.

L'ultima revisione dei criteri di accreditamento all'eccellenza clinica (che riguarda non solo il progresso scientifico e tecnico ma anche il progresso relazionale ed umano) elaborata dalla Joint Commission americana attribuisce grande rilevanza alla gestione del dolore in tutte le sue manifestazioni.

I punti chiave delle linee guida per il trattamento del dolore - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations – sono:

1. Diritto del paziente ad essere trattato contro il dolore
2. Valutare e documentare presenza, natura ed intensità del dolore in tutti i pazienti (VI segno vitale unitamente a pressione sanguigna, polso, temperatura e frequenza respiratoria, saturazione)
3. Assicurare la competenza del personale nella valutazione e trattamento del dolore

4. Stilare protocolli per un adeguato trattamento del dolore
5. Educare i pazienti e i familiari per un effettivo controllo del dolore
6. Soddisfare i bisogni del paziente per il trattamento dei sintomi dopo la dimissione

## **Standard JCI**

### **AOP.1.7**

**Tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali sono sottoposti a uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo.**

Nel corso della valutazione iniziale e delle rivalutazioni, è utilizzata una procedura di screening allo scopo di individuare i pazienti con dolore. Una volta identificata la presenza del dolore, il paziente può essere trattato all'interno dell'organizzazione oppure inviato altrove per il trattamento. L'ambito del trattamento si basa sull'ambiente di cura e sui servizi erogati.

Quando il paziente è trattato all'interno dell'organizzazione, viene eseguita una valutazione più esauriente. Questa valutazione è appropriata all'età del paziente e misura l'intensità e la qualità del dolore, come natura, frequenza, sede e durata. Questa valutazione viene registrata in modo tale da facilitare la rivalutazione periodica e il follow-up in base ai criteri elaborati dall'organizzazione e ai bisogni del paziente.

Nonostante le raccomandazioni della JACHO e delle società scientifiche, l'inadeguatezza del trattamento del dolore in emergenza è ampiamente documentata e la percentuale di pazienti che non viene trattata, è molto elevata.

La tradizione culturale ha sicuramente influenzato l'atteggiamento nei riguardi del dolore, spesso giudicato malattia.

Il pensiero attuale non vede il dolore come elemento inevitabile, ma come elemento da analizzare ed eliminare.

La normativa sull'“Ospedale senza Dolore” pubblicata sulla gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana – Serie generale – n. 149 del 29-06-2001, accordo tra Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome, emana le linee guida per la realizzazione dell'“Ospedale senza dolore”.

Le linee guida raccomandano gli interventi da introdurre, nell'ambito dei servizi e dell'assistenza del paziente, con lo scopo di monitorare il livello di dolore e trovare il modo di alleviare le sofferenze causate dalla malattia in corso; in particolare quelle derivanti da tumori. Il progetto “Ospedale senza dolore”, insieme al piano sulle cure palliative e alla legge sugli oppioidi, sono l'atto finale di un radicale cambiamento culturale e comportamentale nei confronti del problema dolore e della sofferenza umana troppo spesso e troppo a lungo disatteso.

In passato ignoranza, pregiudizi e rassegnazione hanno impedito che si affrontasse in maniera adeguata il dolore connesso alla malattia. In realtà il dolore è un sintomo che va curato con la stessa attenzione riservata alle patologie per evitare che si cronicizzi e diventi esso stesso “malattia”. E' necessario, pertanto, che si crei un nuovo approccio culturale al tema della sofferenza e del dolore inutile e che la terapia del dolore diventi parte integrante del percorso terapeutico. Ogni individuo ha diritto di sapere che il dolore non va necessariamente sopportato, ma che gran parte della sofferenza può essere alleviata e curata intervenendo con la giusta terapia. Il dolore deve essere eliminato o, almeno, attenuato in tutti i casi in cui sia possibile farlo poiché esso incide in maniera pesante sulla qualità della vita. E' un diritto che deve essere riconosciuto e rispettato sempre e ovunque, dai reparti ospedalieri alle strutture di lungodegenza, dal pronto soccorso al domicilio del paziente.

Ogni persona ha diritto a ricevere assistenza al dolore da operatori adeguatamente formati e aggiornati, in maniera che sia garantito il rispetto degli standard di qualità internazionali. E' necessario che la conoscenza del problema “dolore” (ormai considerato il sesto segno vitale), della sua quantificazione (misura del dolore) e delle possibilità di trattamento divengano patrimonio professionale di tutti gli operatori

sanitari, in maniera che sia sempre garantita al cittadino la possibilità di veder alleviata la sua sofferenza, anche in assenza di specialisti della materia. Sarebbe opportuno che la misurazione del dolore avvenisse con metodi validati al livello internazionale e che la relativa registrazione fosse indicata nella cartella clinica. E' inaccettabile che, persino quando le leggi prevedono strumenti atti a facilitare la prescrizione di farmaci oppiacei, il ricorso ad essi risulti, di fatto, negato per impreparazione o indisponibilità di medici ed operatori.

Un problema specifico dei Pronto Soccorso è quello di riuscire a garantire la tempestività del trattamento antidolorifico che trova ostacolo nei tempi di attesa per la visita, talvolta lunghi soprattutto per i codici a bassa priorità. Il mancato rapido trattamento del dolore risulta infatti uno dei principali motivi di lamentela e di insoddisfazione dei pazienti ed è vissuto con senso di frustrazione dagli infermieri del triage, che rimangono in contatto con questi pazienti fino al momento della visita.

## **Scopo**

Fornire un'adeguata valutazione e gestione del sintomo dolore per gli utenti che accedono nelle UU.OO . Aziendali. Fornire indicazioni al personale sulla gestione di questi pazienti.

Garantire omogeneità e efficacia delle prestazioni erogate da tutti gli Operatori sanitari delle UU.OO. dei Presidi Ospedalieri dell'ASP di Ragusa, per la gestione del dolore nell'utente adulto e pediatrico.

## **Obiettivi Specifici**

- ☐ introdurre la scala di valutazione numerica verbale VAS
- ☐ introdurre la rivalutazione del dolore durante la permanenza dell'utente nelle UU.OO, con documentazione su cartella

## **Campo di applicazione**

Tutti gli utenti che accedono alle UU.OO. Aziendali e presentano sintomatologia dolorosa.

## **Modalità**

### ***Definizione del dolore***

Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva che può associarsi ad un danno tissutale.

Il dolore può includere una gamma di sensazioni fisiche e mentali, come sofferenza, tensione, torpore e bruciore. Queste sensazioni possono essere di diversa intensità, persistenza ed origine e possono essere gestite in diversi modi.

Il mancato sollievo del dolore può avere effetti deleteri a livello sia fisiologico che psicologico. Per esempio, il dolore interferisce significativamente con la motilità, il sonno, la nutrizione, la concentrazione ed i rapporti sociali, causando ansietà ed angoscia. Il dolore può essere acuto o cronico. Il dolore acuto è causato da una ferita, da una malattia o da un intervento chirurgico.

Generalmente dura meno di sei mesi, e di solito scompare una volta che la sua causa sia stata trattata o sia avvenuta la guarigione. Di norma il dolore acuto risponde al trattamento farmacologico e ad altri interventi non farmacologici. Il dolore acuto va considerato un evento positivo, in quanto si configura come un processo finalistico per salvaguardare l'integrità fisica. Comunque, la mancata rilevazione di un dolore acuto può condurre a problemi di dolore cronico, che si traducono in prolungamento della degenza, reingresso in ospedale, visite ambulatoriali o presso il pronto soccorso, ed aumento dei costi.



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**

Il dolore cronico perdura oltre il tempo previsto per la guarigione, tipicamente sei mesi o più. E' un dolore persistente che può essere associato ad una malattia cronica o con una condizione clinica inguaribile. Esso perde la sua iniziale funzione di segnale d'allarme e diventa sofferenza ingiustificata con coinvolgimento emotivo-psicologico, che tende a perpetuare e peggiorare il sintomo.

In sede di valutazione del dolore del paziente è necessario indagare:

- ☐ Sede
- ☐ Intensità
- ☐ Insorgenza
- ☐ Durata
- ☐ Concomitanza
- ☐ Sintomi associati
- ☐ Comportamenti

### ***La valutazione del dolore***

In primo luogo è necessario definire:

- ☐ Cosa si intende per valutazione iniziale e rivalutazione del dolore;
- ☐ La gestione del dolore come parte importante della cura, tenendo presente la cultura, la religione, le credenze etc... della persona con dolore,
- ☐ Il piano di formazione per i professionisti che si occupano della valutazione e della gestione del dolore;
- ☐ L'educazione al paziente con dolore e, laddove appropriato, l'educazione ai familiari.

Il dolore va valutato considerandolo il "VI parametro vitale", dopo la temperatura corporea, il battito cardiaco, la pressione arteriosa, gli atti respiratori, la saturazione.



### ***Prima Valutazione***

La valutazione del dolore deve essere effettuata entro le 24 ore dall'ingresso del paziente dal medico che effettua la valutazione della sede, dell'intensità, della suscettibilità, dell'irradiazione, delle caratteristiche, delle modalità d'insorgenza e della durata del dolore, del tempo d'insorgenza e delle modalità di risposta ad eventuali precedenti terapie antalgiche. Questa valutazione deve essere riportata nella cartella clinica del paziente.

### ***Rivalutazione***

L'andamento del dolore viene valutato dall'infermiere e riportato sul grafico che considera esclusivamente l'intensità del dolore. Per valori superiore a 4 l'infermiere avvisa il medico per attivare o revisionare la terapia antalgica.

In caso di terapia antalgica, la rivalutazione viene effettuata 30'-60' dopo la somministrazione.

Per quanto riguarda i pazienti con un dolore cronico, per esempio dovuto all'artrite o al cancro, il medico effettua una valutazione del dolore ogni volta che valuta il paziente. Nelle valutazioni successive il medico valuta l'efficacia del piano terapeutico e, nel caso in cui il dolore non si sia affievolito, indaga se il dolore sia correlato all'aggravarsi della malattia, ad una nuova causa, o al trattamento.

### ***Come valutare l'intensità del dolore***

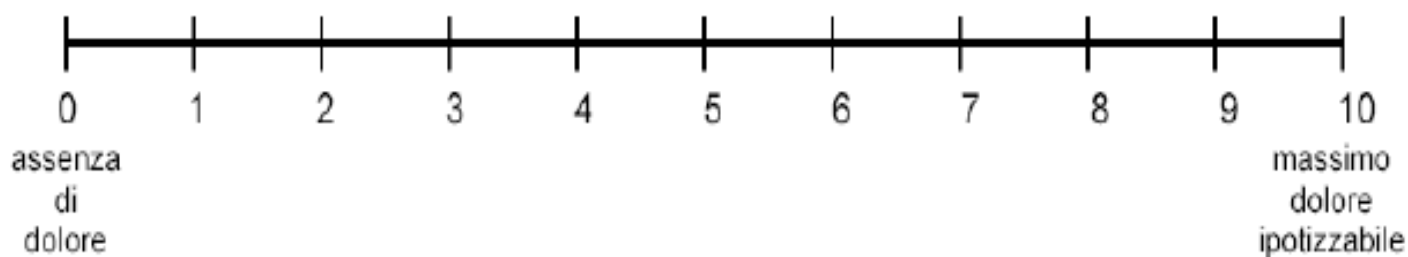
Essendo un'esperienza soggettiva, l'autovalutazione dell'utente è da considerarsi la regola per la misurazione del dolore. Infatti, numerosi studi hanno evidenziato la sottostima derivante da una valutazione esterna: infermieristica e medica. La valutazione esterna rimane indispensabile per le persone che non sono in grado di esprimersi, i neonati e i bambini, handicappati mentali, anziani con demenza.

Le caratteristiche di un test valido sono:

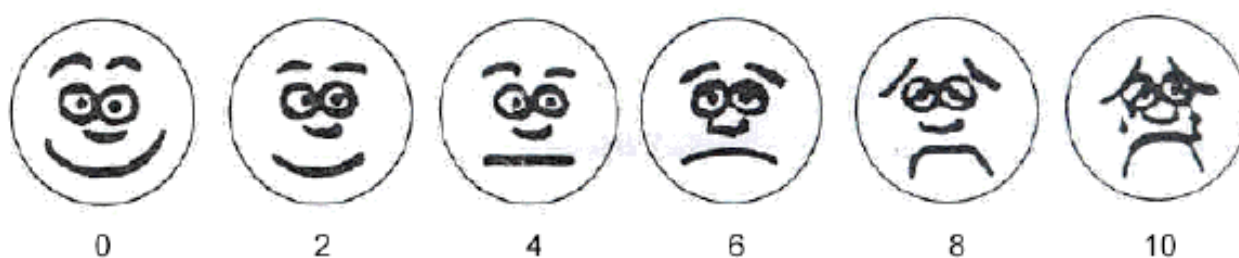
- ☐ Facilità di utilizzo
- ☐ Velocità di registrazione e elaborazione dei dati.
- ☐ Comprensibile a tutti
- ☐ Deve soddisfare i criteri di
  - a)** Validità: il grado in cui un test valuta ciò che intende misurare.
  - b)** Sensibilità: evidenzia i cambiamenti relativi alla terapia.
  - c)** Affidabilità o grado di ripetibilità: il test deve essere ripetibile in circostanze simili.

È possibile utilizzare una scala analogica visiva 0-10, in cui 0 è l'assenza del dolore e 10 è il massimo dolore ipotizzabile.

Visual Analogue Scale (VAS) +( NRS ) Scala Numerica Verbale



Per la valutazione del dolore nei bambini e nei pazienti con gravi deficit cognitivi viene utilizzata la scala di Wong-Baker con la rappresentazione grafica di 6 gradi di dolore.



Nella somministrazione della scala non si devono dare suggerimenti (non chiedere al paziente di dare un “voto” al proprio dolore).

Ogni professionista deputato alla valutazione del dolore deve utilizzare la scala di valutazione del dolore 0-10 e la scala di Wong-Baker disponibile nelle sale visita e al triage.

### ***Gestione del dolore***

Il sintomo dolore è un importante punto di riferimento nella formulazione delle diagnosi, specie in urgenza; anche per questo la politica dei medici in urgenza è stata sempre improntata ad un insufficiente trattamento di questo sintomo, nel timore di un “mascheramento” della diagnosi; ciò era specialmente vero per il dolore addominale.

Questo approccio tuttavia non è supportato da evidenza scientifica ed è quindi incoraggiato un trattamento almeno parziale del sintomo anche in fase diagnostica; in ogni caso una volta raggiunto un sufficiente grado di approfondimento diagnostico, il trattamento del dolore deve essere immediato e il più possibile completo.

Per quanto riguarda la terapia antalgica, è possibile utilizzare la “Analgesic Ladder” di seguito riportata.

Il primo scalino è utilizzato quando il dolore è lieve e prevede la somministrazione di paracetamolo o farmaci antinfiammatori, i cosiddetti FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei), come la nimesulide, il diclofenac, l’ibuprofene, il ketorolac ecc.

Il secondo scalino è utilizzato quando il dolore è lieve-moderato, e prevede l'uso degli oppioidi deboli, ai quali possono essere associati i FANS o il paracetamolo.

Il terzo scalino viene invece utilizzato in presenza di un dolore moderato-severo e prevede la somministrazione di oppioidi forti ai quali possono essere associati i FANS o il paracetamolo, per migliorarne l'efficacia.

### ***Controllo del paziente sedato***

Il controllo del paziente consiste nel valutare l'intensità del dolore ed il suo stato di sedazione.

Queste valutazioni si possono eseguire attraverso lo stimolo verbale e con un analogo sistema di controllo usato per il dolore.

Gli stati di sedazione sono i seguenti:

**0** = paziente sveglio;

**1** = assopito, ma risvegliabile con uno stimolo verbale;

**2** = assopito, ma risvegliabile con uno stimolo doloroso;

**3** = assopito, difficilmente risvegliabile.

Se lo stimolo verbale ed il sistema di controllo della sedazione hanno un punteggio uguale a 3, è necessario chiamare il medico anestesista, così come se comparissero segni neurologici come agitazione improvvisa o allucinazioni; considerare questo supporto anche se comparissero segni gastroenterici quali nausea o vomito violento.

### ***Formazione del personale***

La formazione del personale in merito alla gestione del dolore deve prevedere i seguenti momenti formativi:

- ☐ valutazione delle competenze del personale neoassunto in merito alla valutazione ad alla gestione del dolore;
- ☐ corsi di formazione per i neoassunti e per tutti i professionisti deputati alla valutazione del dolore;
- ☐ distribuzione di materiale informativo;
- ☐ gruppi di discussione.

Gli argomenti trattati durante i corsi di formazione devono riguardare:

- ☐ terapie farmacologiche: tipologie di farmaci, dosaggi raccomandati, vie di somministrazione;
- ☐ interventi non- farmacologici : terapie fisiche e tecniche cognitive comportamentali;
- ☐ strumenti di valutazione;
- ☐ pregiudizi su dipendenza, assuefazione ed effetti collaterali degli analgesici;
- ☐ normativa vigente in materia di farmaci stupefacenti;
- ☐ particolari bisogni di specifiche categorie di pazienti (anziani, bambini, malati di AIDS/cancro, malati terminali);
- ☐ importanza della possibilità per il paziente di parlare del proprio dolore;
- ☐ riluttanza a riferire dolore e ad assumere analgesici;
- ☐ uso di oppioidi in pazienti con patologie croniche non maligne;
- ☐ ruolo dell'infermiere e del medico.

### ***Educazione del paziente e dei familiari***

Nell'educazione del paziente e della sua famiglia è necessario tenere conto dei valori e delle credenze, del grado di istruzione, della condizione emotiva, di possibili deficit fisici o cognitivi e delle eventuali implicazioni economiche delle scelte di cura.

Un'adeguata educazione può apportare al paziente numerosi benefici, tra cui la diminuzione della percezione del dolore, della paura della dipendenza e dell'ansia e l'aumento dell'utilizzo di farmaci appropriati. Riteniamo che le persone che si aspettano un trattamento del dolore e sanno come richiederlo, hanno maggiori possibilità di ricevere una terapia adeguata.

Nella dimissione di un paziente con terapia analgesica vanno considerati i seguenti punti:

- ☐ modalità di comunicazione col personale;
- ☐ opzioni terapeutiche;
- ☐ definizioni di dipendenza ed assuefazione;
- ☐ strumenti di valutazione del dolore;
- ☐ effetti negativi della mancata rilevazione del dolore;
- ☐ terapie antalgiche farmacologiche e non-farmacologiche;
- ☐ istruzioni di follow-up in merito alla gestione del dolore a domicilio.

***Modalità di informazione:***

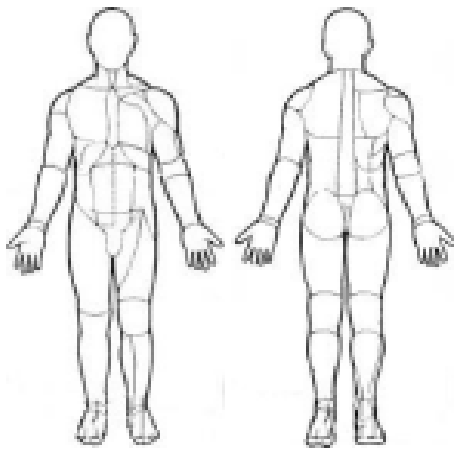
- ☐ dare informazioni prima del ricovero perché durante il ricovero il paziente tende ad avere difficoltà ad assimilare nozioni nuove per via dell'ansia;
- ☐ effettuare una verifica del livello di apprendimento;
- ☐ comunicare lo stesso concetto più di una volta e con modalità diverse
- ☐ l'educazione può essere rivolta ad un singolo paziente o a piccoli gruppi;
- ☐ le informazioni devono essere espresse in modo comprensibile, tenendo conto della patologia e di altri possibili ostacoli all'apprendimento.

## SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE ALL'INGRESSO

(Per adulti e bambini di età maggiore a 7 anni)

Cognome Nome: ..... Data nascita: .....  
(se necessario)

Se il paziente è in grado di comunicare: compilare NRS

DOLORE:	
DATA RILEVAZIONE:	h. : .....
intensità (nrs):	0 (assenza dolore) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (massimo dolore tollerabile)
tipo: <input type="checkbox"/> continuo <input type="checkbox"/> episodico	sede: .....
insorto da (giorni, mesi, anni):	
correlato verosimilmente a:	
attuale terapia antidolorifica:	<input type="checkbox"/> fans: ..... <input type="checkbox"/> oppioidi: ..... <input type="checkbox"/> altro: .....
programma di trattamento:	..... ..... ..... .....

☐ Procedere con il monitoraggio sistematico dell'intensità del dolore con scala NRS secondo le indicazioni delle linee guida aziendali per tipologia del dolore / unità operativa:

.....  
 .....

Firma Medico: .....

## Istruzioni per la misurazione dell'intensità del dolore nel paziente adulto

Per ottenere una misurazione dell'intensità del dolore il più possibile valida e affidabile, è indispensabile utilizzare sempre lo stesso strumento e la stessa modalità di rilevazione. E' importante per tanto seguire delle semplici regole:

- rilevazione dell'intensità del dolore **almeno.....al giorno**<sup>1</sup> (definire con precisione quando):\_\_\_\_\_

- presentare a tutti i pazienti le istruzioni **oralmente**, eventualmente, se ritenuto utile, accompagnate dal **supporto visivo** (scala numerica)

- **Istruzioni verbali**: "Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile".

- Se il paziente divaga, rispondendo ad esempio con descrizioni verbali (es. "Sì, ho un po' di dolore, ma non tanto") **richiamarlo con calma alle istruzioni**: "Me lo indichi per cortesia con un numero da 0 a 10".

- Specificare sempre **l'unità temporale** di riferimento nella misurazione dell'intensità del dolore: es. "in questo momento", "nelle ultime 24 ore", ecc.

- **Mai suggerire** la risposta al paziente (es. il personale non deve mai dire: Ha detto che ha un po' male, quindi sarò circa 2 o 3, vero?) e tanto meno fare la valutazione a suo posto presumendo di conoscere come si sente.

- Se il paziente dice di non aver compreso le istruzioni, **usare esempi semplici**, come: "Immagini che questo sia come un termometro per valutare il dolore; più il numero è alto e più il dolore è forte". **Non usare** l'esempio dei voti a scuola, perché può confondere; (1) a scuola rappresenta un evento positivo mentre nel nostro caso 10 corrisponde a un evento altamente negativo).

- Se il paziente **contesta** l'istruzione, dicendo per es. che lui non può sapere qual è il dolore peggiore in assoluto, ricordargli che si tratta di una **valutazione soggettiva** e



**personale**; chiedere di fare riferimento a quello che lui immagina poter essere il peggior dolore possibile.

- **Non mostrare e riferire** al paziente la valutazione del dolore data in precedenza, anche se lui stesso ne fa richiesta; rispondere che per noi è importante avere la sua valutazione del dolore in quel preciso momento.

- **Non fare commenti** sulla risposta data dal paziente (dire solo “Va bene” oppure “Ho capito”). La valutazione del paziente non va mai contestata. Per es. non va mai detto: “Ma come! Se prima mi ha detto che il dolore era 6, come fa a dirmi che adesso è 8, dopo aver assunto un analgesico? E’ impossibile!”

- Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi e che lo strumento di misura che noi utilizziamo non è un vero “termometro”. Quando le valutazioni del paziente risultano incongruenti può essere interessante cercare di capire perché questo avviene: sono presenti convinzioni o paure che possono condurlo a sovra- o sotto- stimare l’intensità del dolore?

- Attenzione a non fornire **vantaggi secondari** di tipo attenzionale-relazionale alle lamentele di dolore. Alcuni pazienti possono sentirsi gratificati dall’ottenere attenzioni particolari dallo staff di cura, accentuando a tal fine il comportamento manifesto di dolore. L’attenzione dell’operatore deve essere rivolta alla persona e al suo dolore/sofferenza, ma non necessariamente al comportamento da dolore.

- Se l’intensità del dolore è **pari o superiore a .....**, riferire prontamente la risposta del paziente in modo che il dolore possa essere gestito secondo le raccomandazioni di trattamento previste (Tale indicazione è stata data agli operatori allo scopo di rendere più omogeneo l’intervento di gestione del dolore; per punteggi inferiori a .... sarebbe opportuno introdurre il criterio dell’accettabilità soggettiva del sintomo.