

SOMMARIO

1. Scopo
2. Destinatari
3. Obiettivi
4. Modalità di rilevamento
 - 4.1 Definizione di dolore
 - 4.2 Tipologia di pazienti
 - 4.3 Strumenti da utilizzare
 - 4.4 Modalità operative
5. Verifiche
6. Bibliografia

Redazione Firma  data 11/3/25	Verifica Firma  data 15/3/25	Approvazione Casa di Cura Città di Bra IL PRESIDENTE Firma  data 20/3/25
---	--	--

ATTENZIONE: la mancanza delle firme indica che questo documento è una stampa della versione aggiornata disponibile in rete ed utilizzabile per sola lettura.

1. SCOPO

Il presente documento ha il fine di regolamentare le funzioni attinenti la rilevazione del sintomo dolore nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico presso la Casa di Cura "Città di Bra".

La procedura si focalizza negli aspetti tecnici e documentali del processo di "misurazione" del dolore, quindi si descrive la metodologia per la rilevazione del dolore post-operatorio, dalla conclusione dell'intervento a tutta la durata della degenza.

2. DESTINATARI

Anestesisti, Infermieri, Medici di continuità assistenziale, Personale sanitario

3. OBIETTIVI

Cercare di rilevare e controllare quanto più precocemente possibile il sintomo dolore nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

4. MODALITÀ DI RILEVAMENTO

4.1 DEFINIZIONE DI DOLORE

La IASP (International Association for Study of Pain - 1986) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E' un'esperienza individuale e soggettiva a cui convergono componenti puramente sensoriali componenti esperienziali ed affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito".

Si possono distinguere tre tipologie diverse di dolore, con caratteristiche eziopatogenetiche, cliniche, di durata, e responsività terapeutica, specifiche.

- Dolore acuto: dura per alcuni giorni, è normalmente localizzato e tende a diminuire con la guarigione. È legato ad intervento chirurgico, trauma, patologia infettiva intercorrente.
- Dolore cronico: è duraturo, spesso determinato dal persistere dello stimolo dannoso. Si accompagna ad una componente emozionale e psico-relazionale e limita la performance fisica e sociale del paziente. Accompagna malattie ad andamento cronico (oncologiche, metaboliche, ossee, reumatiche, ecc.). È un dolore difficile da curare.
- Dolore procedurale: accompagna molteplici indagini diagnostiche e terapeutiche, è un evento particolarmente temuto e stressante, si associa ad ansia e paura e la sua presenza condiziona la qualità percepita di cura e di vita.

Da un punto di vista eziopatogenetico, il dolore può essere classificato in:

- nocicettivo (attivazione diretta dei recettori della nocicezione),
- neuropatico (da interessamento del sistema nervoso centrale e/o periferico),
- psichico (attivato da stazioni psico-relazionali),
- misto (con la presenza di tutte le componenti precedenti).

4.2 TIPOLOGIA DI PAZIENTI

La valutazione del dolore permette la nascita di una relazione tra paziente, operatore e contesto familiare. All'interno della Casa di Cura "Città di Bra" si utilizza la Scheda di Rilevazione Dolore (Allegato A) per tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in regime di Ricovero Ordinario o One day surgery. Per tutti gli altri interventi che richiedono il solo ricovero giornaliero (DS e Ambulatoriali), non viene utilizzata una scheda di monitoraggio, sia per la tipologia di intervento che per la breve permanenza in Struttura. In questi casi il parametro dolore viene comunque valutato ed annotato a fine intervento in S.O. (vedi Check List Mod. 0401 – sez. Sala Risveglio) e al momento della dimissione mediante l'apposizione di un timbro sulla cartella clinica che esclude la presenza di dolore. Inoltre il medico compila la scheda di dimissione, in cui viene valutato, oltre agli altri parametri, il dolore. Nel caso vi sia sofferenza al momento della dimissione, il paziente viene trattenuto in Struttura per ricevere i trattamenti terapeutici necessari, posticipandone il congedo.

4.3 STRUMENTI DA UTILIZZARE

Scheda di rilevazione dolore **Mod. 0413** sul portale interno della Casa di Cura scaricabile dalla sezione Modulistica e qui allegata con la dicitura Allegato A.

4.4 MODALITÀ OPERATIVE

Il dolore è un'esperienza soggettiva ed individuale, per questo è molto difficile definire le giuste metodiche di valutazione. La letteratura pone diverse proposte: autovalutazione, parametri fisiologici, comportamentali e strumentali. Una metodologia valida in assoluto non esiste; i diversi metodi vengono attualmente declinati in rapporto al tipo di dolore, alle condizioni cliniche del paziente, all'età e alle possibilità di collaborazione. Il gold standard è la valutazione del paziente stesso della quantità e della qualità del dolore percepito (autovalutazione).

Molteplici sono le tecniche e gli strumenti attualmente a disposizione (Visual Analogic Scale, Facial Scale, Scala Verbale, Scala dei colori ...)

La Legge N. 38 del 15 marzo 2010 prevede che all'interno della c.c., nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le Strutture Sanitarie, devono essere riportate 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.

Come previsto dalle linee guida del progetto Ospedale Senza Dolore del 24/05/2001, 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 c.c.

1. *Valutazione presenza dolore preoperatorio ovvero al momento della presa in carico (ricovero), il personale infermieristico chiede al paziente se prova dolore.*
 - a) Risposta positiva: si chiede al paziente di codificare le caratteristiche e l'intensità mediante la scala dolore. Ottenuta la misura dell'intensità si procede all'annotazione sull'apposita scheda (**Mod. 0413 Scheda Rilevazione Dolore**). In relazione all'intensità si avvisa il Medico di Reparto per i provvedimenti terapeutici del caso. Dopo un'ora si rileva e si annota in cartella infermieristica il beneficio del trattamento antalgico applicato e si invita il paziente, in caso di ricomparsa di dolore, ad avvisare il personale di reparto.

b) Risposta negativa: si annota sulla apposita scheda (**Mod. 0413 Scheda Rilevazione Dolore**) e si informa il paziente di avvisare il personale di reparto in caso di insorgenza di dolore.

2. *Controllo dolore post-operatorio. Il paziente esce dalla Sala Operatoria con valutazione del dolore e con prescrizione di terapia a cura dell'Anestesista o del Chirurgo. Al momento della presa in carico in Reparto, il personale infermieristico procede ad ulteriore verifica del dolore.*

a) Risposta positiva: si chiede al paziente di codificare le caratteristiche e l'intensità mediante la scala del dolore. Ottenuta la misura si procede all'annotazione sull'apposita scheda (**Mod. 0413 Scheda Rilevazione Dolore**). In relazione all'intensità si avvisa il Medico o si adottano i provvedimenti terapeutici che prescrive l'Anestesista. Dopo un'ora si procede ad una rivalutazione del dolore adottando, i trattamenti terapeutici prescritti dall'Anestesista o si avvisa il Medico che reimposta la terapia.

b) Risposta negativa: si annota sull'apposita scheda (**Mod. 0413 Scheda Rilevazione Dolore**) e si ricontrolla ogni due ore, inoltre si informa il paziente di avvisare il personale di reparto in caso di insorgenza di dolore.

Sulla scheda vanno registrate tutte le rilevazioni effettuate comprese quelle estemporanee. Se la rilevazione estemporanea del dolore dà origine ad una somministrazione supplementare di terapia antidolorifica questa va siglata nell'apposita casella (colonna terapia antalgica) e riportata nel dettaglio in cartella clinica (dal medico che prescrive) ed in cartella infermieristica dall'infermiere che ha somministrato la terapia.

Le spunte delle rilevazioni nelle caselline della scheda vanno effettuate mediante apposizione della sigla di chi rileva il dato.

La scheda di rilevazione dolore segue il paziente durante tutto il suo percorso di diagnosi e cura. Viene conservata ed archiviata, alla dimissione, nella cartella clinica del paziente.

5. VERIFICHE

Il personale infermieristico dovrà controllare la corretta applicazione della presente procedura e la giusta compilazione della Scheda di valutazione del dolore.

6. BIBLIOGRAFIA

Dizionario di Medicina Treccani – Dolore – di Matteo Caleo - 2010

Ministero della Salute – Definire e valutare il dolore – data di pubblicazione 28/06/2013, ultimo aggiornamento 28/06/2013.