

# DOLORE: NO GRAZIE!

Congresso nazionale ANIARTI

Rimini, 10-12 novembre 2010

Giuseppe Mentegari

# IL DOLORE

**Il dolore è un' esperienza spiacevole, sensoriale ed emozionale, correlata ad un danno tissutale o descritta in tali termini**

**Merskey H “*Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of pain terms*”. *Pain*, 1986, 3 (suppl):S1**

# *Dolore in ospedale*

- Una condizione clinica di estrema variabilità in continua mutevole evoluzione nella quale fattori ambientali e personali hanno risultati e combinazioni non facilmente prevedibili



# ASPETTI LEGISLATIVI

Legge 26 febbraio 1999, n. 42

“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”

**Art. 1. *Definizione delle professioni sanitarie.* - 1. La denominazione “professione sanitaria ausiliaria” nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione “professione sanitaria”.**

**2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il D.P.R. 7 marzo 1975, n. 163 e l'articolo 24 del regolamento approvato con D.P.R. 6 marzo 1968, n. 680 e successive modificazioni. ... (omissis) ...**

Legge 26 febbraio 1999, n. 42

“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”

Art. 1. Definizione delle professioni sanitarie. - ... (omissis) ...

2. ... (omissis) ... Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

**Non c'è più un elenco dettagliato di mansioni, ma si deve fare riferimento:**

- al profilo dell'infermiere (DM 739/94)
- al contenuto degli ordinamenti didattici (DL 2 aprile 2001)
- al Codice deontologico

**UNICO LIMITE** - *“fatto salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario”*

# Codice deontologico (genn.2009)

- Art.34: L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore ed alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.
- Art. 35: L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale.....
- Art.13: L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessita, all'intervento od alla consulenza di infermieri esperti o specialisti,.....

## **Il richiamo al profilo (dm 739/94)**

L'infermiere diviene competente su tutto il processo assistenziale: raccolta dati, identificazione dei bisogni, pianificazione, gestione, valutazione finale.

## **Il richiamo agli ordinamenti didattici**

Il DM 2 aprile 2001 costituisce il corpo sistematico delle conoscenze teoriche e pratiche che consentono di insegnare all'infermiere ad erogare le prestazioni proprie del profilo, una volta valutata e classificata la situazione dell'utente.

# TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE: PROGETTO SPERIMENTALE PER LA CREAZIONE DI RETI ASSISTENZIALI – APRILE 2009

- La Conferenza Stato Regioni il 25 marzo scorso ha approvato la proposta per la realizzazione degli Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009.
- Il documento approvato individua linee guida per lo sviluppo di progetti da parte delle Regioni vincolando per la terapia del dolore e le cure palliative risorse pari a 100 milioni di euro.
- L'obiettivo è superare il deficit assistenziale e la disomogeneità a livello territoriale che a tutt'oggi permangono nonostante gli sforzi compiuti, sia a livello nazionale che da parte delle Regioni e delle Province.

# Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore - L38/15 marzo 2010:

- Art.7 Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica....
- Cm 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 ed i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi ed il risultato antalgico conseguito

## L'infermiere è:

- Il **RESPONSABILE** dei processi e dei risultati attinenti l'Assistenza Infermieristica
- Il professionista con sviluppate **COMPETENZE** nell'assistenza infermieristica
- Il solo a godere di **AUTONOMIA** decisionale ed operativa nell'ambito dell'assistenza infermieristica

# *Classificazione del Dolore*



# Dolore Acuto

Causato da *trauma tissutale* e dall'attivazione dei *recettori periferici* nel punto di lesione.

PERO' tale trauma altera le risposte caratteristiche dei nocicettori e le loro connessioni centrali coinvolgendo il sistema nervoso simpatico centrale.

In genere i sistemi riparativi dell'organismo intervengono e portano alla guarigione della lesione con scomparsa del dolore

# Dolore cronico

Il dolore cronico è scatenato da un evento traumatico *ma* può continuare per fattori che, sia dal punto di vista patogenetico e sia da quello fisico, non sono direttamente correlati alla causa iniziale.

Il trauma può superare la capacità di guarigione del corpo, vuoi per la perdita di una parte corporea, vuoi per le conseguenze del trauma (come le cicatrici), vuoi per l'interessamento del sistema nervoso da parte del trauma stesso o per gli effetti di lunga durata che uno stimolo nocicettivo può causare nel sistema nervoso centrale.

Ad elevati livelli di ansia sono correlati livelli più elevati di dolore  
( *Martinez-Urrutia 1975, Nolli 1989* )

**L'ansia deve essere considerata una variabile  
fondamentale**

- *2004 Lombardia decr. 23454 30/12/04 per la costituzione dell'OSD*

LE DIECI RACCOMANDAZIONI

1. Ogni Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) deve approvare e diffondere Protocolli specifici per il trattamento del dolore acuto e cronico, in applicazione di Linee guida e di quanto validato dalla letteratura scientifica di settore e deve prevedere modalità di monitoraggio di consumo, di efficacia, degli effetti collaterali e degli eventi avversi dei trattamenti antalgici erogati. In particolare deve essere tenuto presente quanto indicato all'art. 4.4 dell'Accordo del 24/5/2001 (GU 29/06/2001), inerente il Progetto Ospedale Senza Dolore.
2. Ogni Struttura Sanitaria presso la quale è attivato un COSD deve dotarsi di un Prontuario Farmaceutico nel quale siano inseriti i farmaci ritenuti fondamentali per il trattamento del dolore acuto e cronico, in base ai dati di evidenza scientifica. In particolare devono essere messi a disposizione dei curanti tutte le molecole e le preparazioni di oppioidi previste nell'allegato 3 bis alla Legge 12 dell'8 Febbraio 2001.

3. Ogni Struttura Sanitaria deve disporre di un numero adeguato di sistemi per la somministrazione e autosomministrazione continua e controllata di farmaci analgesici.

4. Ogni Struttura Sanitaria deve poter applicare tecniche di neuromodulazione farmacologia continua per il controllo di alcune forme del dolore acuto, in particolare per quello post-operatorio e da parto.

malato presso Centri algologici specializzati, stipulando specifici accordi o convenzioni (sistema a rete).

7. Ogni Struttura Sanitaria deve poter disporre di un Servizio di supporto psicologico per malati affetti da forme dolorose persistenti, sia esso erogato direttamente oppure indirettamente, attraverso accordi a rete che garantiscano la continuità del percorso assistenziale del malato.
8. Gli interventi antalgici rivolti a malati affetti da malattie inguaribili in fase avanzata e terminale devono essere inseriti in un programma assistenziale di cure palliative che tenga conto delle potenzialità organizzative del contesto assistenziale e dello sviluppo della rete di cure palliative.
9. Gli interventi terapeutici antalgici impostati presso le Strutture Sanitarie, sia durante il ricovero sia presso le strutture ambulatoriali, devono tenere conto della reale possibilità di una loro continuazione al domicilio, qualora ciò si rendesse necessario (continuità del percorso assistenziale indipendentemente dal set assistenziale), anche utilizzando proprie équipe attive sul territorio. Ciò deve attuarsi attraverso la preventiva definizione di aspetti procedurali concordati con i Medici di medicina generale ed i Servizi assistenziali territoriali. In particolare, all'atto della dimissione del malato, deve essere prevista da parte della Struttura Sanitaria la continuità terapeutica attraverso la fornitura diretta di farmaci antalgici sufficiente per concludere un ciclo terapeutico o per garantire una autonomia terapeutica di almeno 3 giorni.
10. Tra Strutture Sanitarie di ricovero e cura e Aziende Sanitarie Locali devono essere previsti accordi interaziendali volti a garantire consulenze specialistiche algologiche domiciliari inserite nei programmi assistenziali di Assistenza Domiciliare Integrata o di Ospedalizzazione Domiciliare.

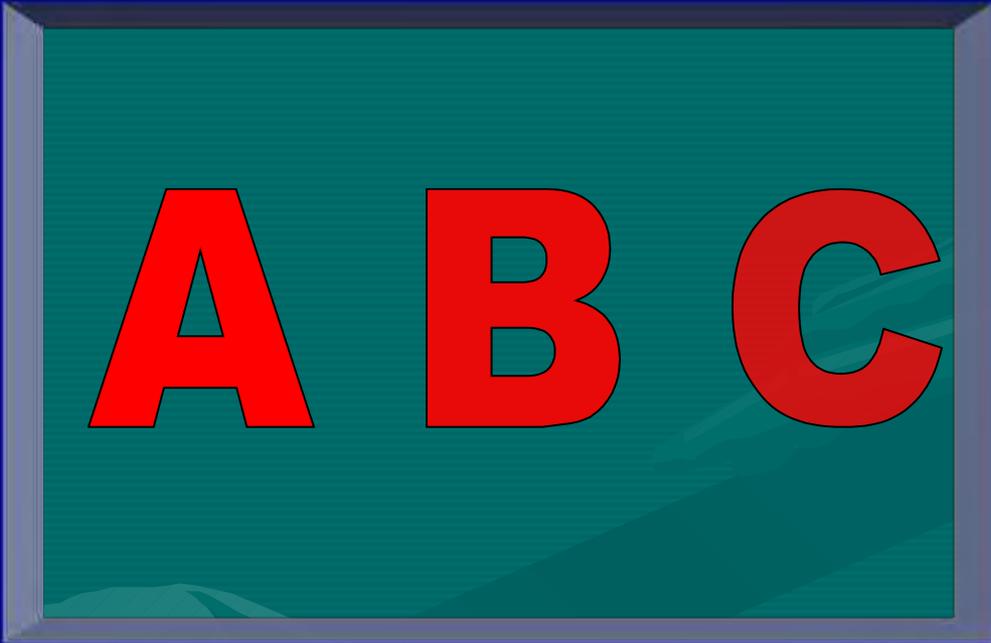
# ESPERIENZA DELLA FONDAZIONE SAN MATTEO DI PAVIA

- Nel 2005 istituzione del Servizio di Terapia del Dolore per la gestione del DPO,
- Nel 2006 Ampliamento del Servizio anche per il controllo del dolore non chirurgico,
- Nel 2006 inaugurazione dell'ambulatorio per il controllo del dolore agli utenti del SSN

# *Nurse Base Anesthesiologist -supervised APS*

- Strutturazione del servizio secondo protocolli terapeutici e di comportamento molto precisi garantiti da una figura professionale molto specializzata: ***Acute Pain Nurse***
- L'anestesista sovrintende il lavoro dopo aver scelto le appropriate linee guida di trattamento (scala dell'OMS...)

2010

A rectangular sign with a grey border and a teal background. The sign features the letters 'A', 'B', and 'C' in a bold, red, sans-serif font, spaced evenly across the center.

A B C

2010

# TRATTAMENTO DEL DOLORE POSTOPERATORIO NELLE DIVERSE TIPOLOGIE DI INTERVENTO CHIRURGICO



**DIVERSE TIPOLOGIE DI DOLORE**

**NOCICETTIVO  
INFIAMMATORIO**

**NOCICETTIVO  
VISCERALE**

**NOCICETTIVO  
SOMATICO**

**MISTO NEUROPATICO  
NOCICETTIVO**

# 2010

## **PROTOCOLLO AZIENDALE DI FARMACO UTILIZZAZIONE: *LA GESTIONE DEL DOLORE POSTOPERATORIO***

- PROTOCOLLO DEL DOLORE LIEVE (A)**
- PROTOCOLLO DEL DOLORE MODERATO (B)**
- PROTOCOLLO DEL DOLORE SEVERO (C)**

# **Protocollo del dolore lieve (A): INTERVENTO CHIRURGICO**

**ERNIO PLASTICA MONO-BILATERALE, VARICOCELE,  
IDROCELE, TURP, TURBK**

**INTERVENTI DI CHIRURGIA PLASTICA MINORE**

**QUADRANTECTOMIA DELLA MAMMELLA**

**CHIRURGIA ORTOPEDICA MINORE (tunnel carpale, artroscopia,  
etc.)**

**REVISIONE CAVITA' UTERINA, ISTEROSCOPIA**

**ADENO-TONSILLECTOMIA**

**SAFENECTOMIA**

# Protocollo del dolore moderato (B): **INTERVENTO CHIRURGICO**

Emorroidectomia, appendicectomia, tiroidectomia, riparazione di laparocele

Tecniche laparoscopiche operative

Adenectomia prostatica

Mastectomia, posizionamento di protesi mammaria

Artroscopia operativa, chirurgia della mano

Isterectomia semplice, miomectomia

Parotidectomia, setto plastica

Laminectomia, discectomia, neurochirurgia cranio-encefalico

By-pass femoro-popliteo, femoro-distale, afilo-bifemorale

Interventi maxillo-facciali

# Protocollo del dolore severo (C): **INTERVENTO CHIRURGICO**

Interventi di chirurgia generale maggiori

Interventi di chirurgia urologia maggiori

Artroprtesi di anca e ginocchio

Chirurgia ostetrica/ginecologica maggiore

Laringectomia totale

Aneurismectomia aorta addominale, by-pass aorto-basiliaco, aorto-bifemorale

*Monitoraggio  
del  
dolore*

A	B	C
24	48	96
+ 3	+ 3	+ 3
+ 6	+ 6	+ 6
+ 12	+ 12	+ 12
+ 24	+ 24	+ 24
	+ 36	+ 36
	+ 48	+ 48
		+ 60
		+ 72
		+ 84
		+ 96

# *Risultati protocollo B*

**N° pazienti: 100**

**N° interventi infermieristici: 34 per 27 pazienti (27%);  
1 solo di questi per nausea**

**N° 1 elastomero difettoso (sostituito alla 6<sup>a</sup> ora)**

**VAS media prime 24 ore:**

<b>T</b>	<b>VAS</b>	<b>VASm</b>
<b>+3</b>	<b>2,2</b>	<b>2,4</b>
<b>+6</b>	<b>1,8</b>	<b>2,3</b>
<b>+12</b>	<b>1,1</b>	<b>1,6</b>
<b>+24</b>	<b>0,7</b>	<b>1</b>

Divisione di Chirurgia I e II

Periodo gennaio – luglio 2010

# *Risultati protocollo C*

**N° pazienti: 48**

**N° interventi infermieristici: 21 per 13 pazienti (27%); il 50% di questi interventi è stato effettuato fra T0 e T+12**

**Nausea: 6 (12%); Ipotensione: 2 (4%)**

**N° interventi APS: 4 (8%) per bolo peridurale**

**VAS media a riposo: 0,3**

**VAS media al movimento: 0,6**

*Solo 15 pazienti (31%) hanno dichiarato VAS superiore a 1 con un massimo di VAS 2 a riposo e VAS 7 al movimento*

Divisione di Chirurgia I e II

Periodo gennaio - luglio 2010

*...estendere a tutto l'Ospedale l'Acute Pain Service: un unico team medico-infermieristico che gestisca il dolore acuto/cronico sia nei reparti chirurgici sia in quelli medici...*

*...adempire al Progetto Ospedale Senza Dolore limitando i costi garantendo elevata qualità...*

# *Acute or Acute Chronic Pain Nurse?*

1. Ogni Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) deve approvare e diffondere Protocolli specifici per il trattamento del dolore acuto e cronico, in applicazione di Linee guida e di quanto validato dalla letteratura scientifica di settore e deve prevedere modalità di monitoraggio di consumo, di efficacia, degli effetti collaterali e degli eventi avversi dei trattamenti antalgici erogati. In particolare deve essere tenuto presente quanto indicato all'art. 4.4 dell'Accordo del 24/5/2001 (GU 29/06/2001), inerente il Progetto Ospedale Senza Dolore.
5. Ogni Struttura Sanitaria deve poter applicare tecniche di neuromodulazione farmacologia o fisica per il controllo del dolore persistente. L'esecuzione delle tecniche neuromodulative, qualora indicate, può essere effettuata direttamente sia presso la Struttura Sanitaria, da parte di personale esperto, sia attraverso l'invio del malato presso Centri Algologici Specializzati, stipulando specifici accordi o convenzioni (sistema a rete).
6. Ogni Struttura Sanitaria deve poter applicare, in casi selezionati, tecniche di neurolesione antalgica. L'esecuzione delle tecniche neurolesive, qualora indicate, può essere effettuata sia direttamente presso la Struttura Sanitaria, da parte di personale esperto, sia attraverso l'invio del malato presso Centri algologici specializzati, stipulando specifici accordi o convenzioni (sistema a rete).

# JOB

## Infermiere della Terapia del Dolore

- **Finalità**

L'Infermiere della Terapia del Dolore è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione al relativo albo, è abilitato a svolgere in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, l'assistenza infermieristica palliativa; essa è di natura tecnica, relazionale, educativa.

L'Infermiere della Terapia del Dolore svolge la sua attività in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero professionale.

- **Organigramma**

Relazione gerarchica a monte (botton up): Coordinatore infermieristico, Responsabile Area Dipartimentale e direttore SITRA;

Relazione gerarchica a valle: operatori di supporto

# Il Contesto

Gli interlocutori con cui l'Infermiere della Terapia del Dolore entra in contatto sono:

- **Medici.** Per i bisogni di procedure diagnostiche e terapeutiche l'Infermiere applica ed esegue, in quanto rispetto al risultato c'è una corresponsabilità: le procedure diagnostiche e quelle terapeutiche richiedono una prescrizione medica all'utente, quindi il soddisfacimento del bisogno dipende dalle decisioni e azioni di entrambe i professionisti.
- **Appartenenti alle professioni sanitarie presenti in istituto** ( infermiere, ostetrica, tecnici di laboratorio, di radiologia, cardioperfusionisti, logopedisti, audiometristi, ortottisti, fisioterapisti, tecnici di neurofisiopatologia, dietiste, assistenti sanitarie, assistenti sociali). Le relazioni con gli altri professionisti sono di tipo funzionale pertanto l'Infermiere non dispone di autorità gerarchica nei confronti gli appartenenti alle altre professioni sanitarie, anche se a volte si trova a dover integrare queste funzioni e mediare le istanze provenienti dalle diverse professionalità che contribuiscono al processo assistenziale.
- **Operatori di supporto.** L'Infermiere della Terapia del Dolore può attribuire attività alle figure di supporto pur conservando la responsabilità del processo assistenziale. L'attribuzione delle attività alle figure di supporto (infermieri generici, operatori socio-assistenziali, operatori di II categoria, operatori tecnici addetti all'assistenza, ausiliari specializzati), prevede una valutazione del profilo di competenza dell'operatore, le conoscenze previste dal percorso formativo, le mansioni definite dalla norma, e anche la considerazione del singolo operatore.
- **Pazienti.** L'interlocutore diretto dell'Infermiere della Terapia del Dolore è il paziente che necessita di intervento per la gestione del dolore, quali ad esempio i pazienti chirurgici e oncologici.

- **Responsabilità**

Il processo messo in atto dall'Infermiere della Terapia del Dolore presuppone che ogni azione sia correlata al bisogno specifico della persona e finalizzata alla sua risoluzione. La prestazione dell'Infermiere della Terapia del Dolore può essere autonoma per alcune precise competenze, mentre per alcune prestazioni svolge la propria professione in collaborazione con il personale medico.

- **Attività Fondamentali**

Le macroattività dell'Infermiere della Terapia del Dolore sono:

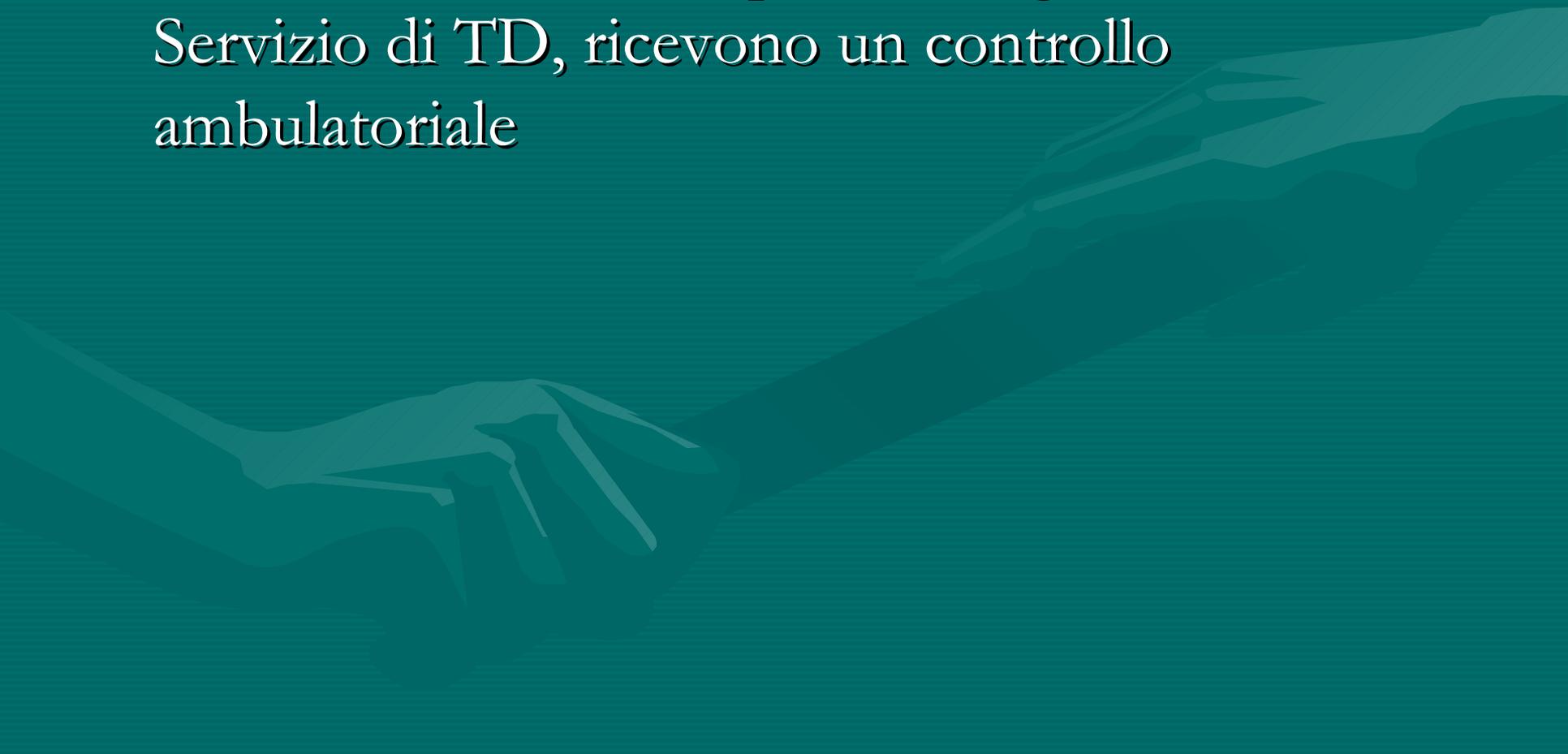
- gestione paziente ambulatoriale
- gestione del paziente cronico ricoverato all'interno della Fondazione
- gestione del dolore acuto nei reparti chirurgici
- gestione delle procedure invasive ambulatoriali
- gestione dei ricoveri per le procedure chirurgiche
- gestione della lista d'attesa e del triage degli utenti.

# Gestione del dolore nel paziente non chirurgico all'interno della Fondazione

L'istruzione operativa prevede, in ottemperanza della legge 38/2010, la rilevazione del parametro dolore a tutti i ricoverati.

L'IO vigente prevede che dopo 3 rilevazioni consecutive con VAS dichiarata  $>4$ , il medico di reparto attivi la consulenza dell'equipe di Terapia del Dolore.

- Il parametro viene riportato su di un apposito modulo che è parte integrante della documentazione clinica del paziente
- Alla dimissione tutti i pazienti seguiti dal Servizio di TD, ricevono un controllo ambulatoriale



# Metodo organizzativo

- La richiesta di presa in carico del paziente con dolore avviene dal medico di reparto
- Alla prima visita è presente il medico specialista in TD e l'ACPN
- ACPN somministra all'utente il questionario d'ingresso e spiega al paziente le modalità di assistenza specialistica a cui verrà sottoposto

- Visita quotidiana da parte dell' ACPN ai pazienti per valutare l'efficacia della terapia prescritta e la precoce insorgenza di effetti collaterali ad essa correlati
- Somministrazione della scala ESAS per una efficace valutazione
- Se l'ACPN ritiene che il paziente debba essere sottoposto a controllo medico specialistico, attiva il TD
- Alla dimissione dell'utente si attiva per programmare le valutazioni ambulatoriali successive

## **BENEFICI DELL'ORGANIZZAZIONE:**

- Piena ed assidua visione degli assistiti presi in carico
- Contatto quotidiano con i colleghi di reparto per risoluzione dei problemi gestionali
- Soddisfazione dell'utente ricoverato che percepisce l'intesse verso il sintomo “dolore”
- Continuità assistenziale delle cure anche dopo le dimissioni
- Riduzione del costo sociale

# Results 2009

- Pazienti ricoverati seguiti: 408
- Follow-up ambulatoriali post dimissione: 83%
- Ricoveri per dolore post dimissione da ps: 8%
- Riduzione del 12% della degenza per dolore come causa primaria



# PROGETTO FORMATIVO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO 1

- Dolore acuto: 6 sessioni di 8 ore annue, in cui il personale viene aggiornato su nuove tecniche antalgiche da intraprendere, su eventuali modifiche dei protocolli ed i neo assunti prendono contatto con la Struttura di TD e vengono formati alla gestione del DPO (attivi dal 2009)

# PROGETTO FORMATIVO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO 2

- Dolore non chirurgico: 5 sessioni di 8 ore annue, in cui il personale verrà aggiornato sulle tecniche antalgiche da intraprendere, sui nuovi protocolli ed i neo assunti prenderanno contatto con il Servizio di TD e verranno formati alla gestione del dolore. (inizio febbraio 2011)

# RISULTATI ATTESI

- Compilazione del 90% delle schede di rilevazione del dolore
- Soddisfazione da parte dei professionisti del 75%
- Soddisfazione da parte dell'utente 95%.

# III SIMPAR

## PROPOSTA FORMATIVA

PAVIA 3 e 4 DICEMBRE

3 DICEMBRE W.S. INFERMIERISTICO GESTIONE  
DEL DOLORE ACUTO E CRONICO

4 DICEMBRE SEMINARIO  
MEDICO/INFERMIERISTICO

**dai alla gente più di quello che si aspetta**



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**  
**[g.mentegari@smatteo.pv.it](mailto:g.mentegari@smatteo.pv.it)**