



Il Pain Service: modelli organizzativi in un ospedale generale ed in un ospedale di distretto



Il dolore postoperatorio viene spesso trattato meno di quanto sarebbe necessario. Perché?

- . Scarsa conoscenza dei danni conseguenti
- . Scarsa conoscenza della farmacocinetica/farmacodinamica degli analgesici
- . Timore degli effetti collaterali (PONV, depressione respiratoria)
- . Timore di mascherare una complicanza chirurgica
- . Mancanza di personale formato e di una pianificazione dei trattamenti e monitoraggi



Carta dei diritti sul dolore inutile (Istituto Italiano di Bioetica)

- **Diritto a non soffrire inutilmente**

Ciascun individuo ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza nella maniera più efficace e tempestiva possibile.

- **Diritto al riconoscimento del dolore**

*Tutti gli individui hanno diritto ad essere **ascoltati e creduti** quando riferiscono del loro dolore.*

- **Diritto di accesso alla terapia del dolore**

Ciascun individuo ha diritto ad accedere alle cure necessarie per alleviare il proprio dolore.

Carta dei diritti sul dolore inutile (Istituto Italiano di Bioetica)

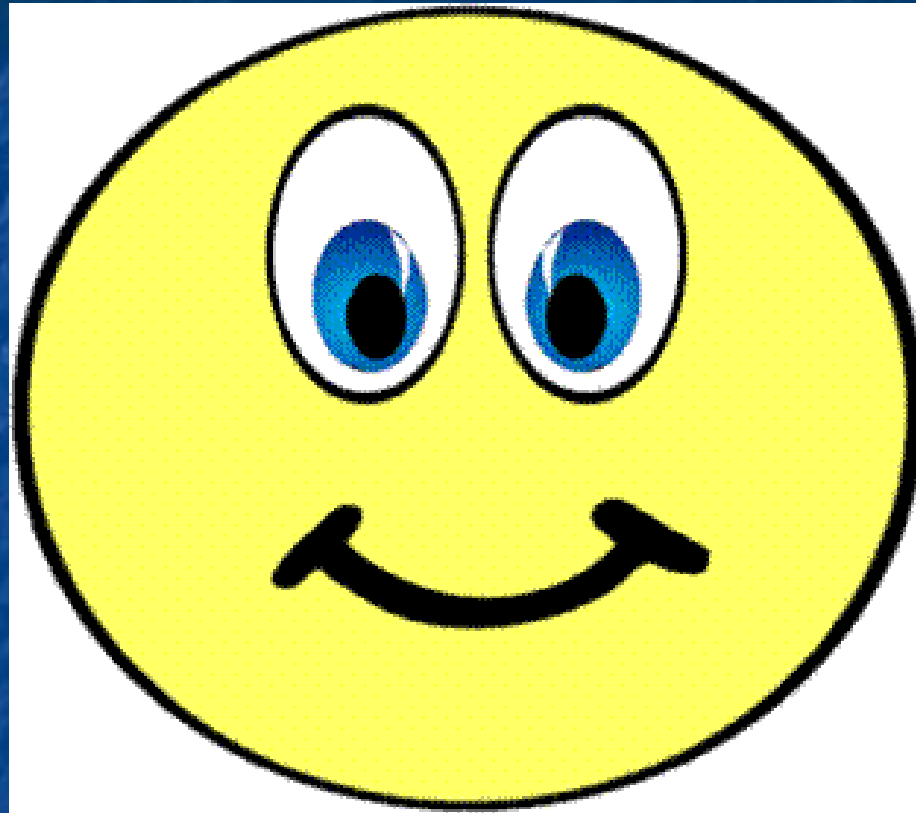
Hanno diritto di essere curati nel loro dolore non solo quanti affrontano le fasi terminali della vita, ma anche coloro che soffrono di dolore cronico, non da cancro o acuto (parto, trauma, **intervento chirurgico**)...

Standard Joint Commission International

- **COP 17:** I pazienti sono supportati nell'efficace gestione del dolore
- **COP 18:** Il dolore è valutato in tutti i pazienti
- **COP 19:** I pazienti vengono educati sul dolore e sulla gestione del dolore e dei sintomi come parti integranti del trattamento

COMITATO

Ospedale senza dolore



**CAMBIA VOLTO ALL'OSPEDALE
BASTA CON IL DOLORE INUTILE**

10

INSOPPORTABILE
E PADIRUESHME

9

8

MOLTO FORTE
SHUMË E FORTË

7

6

FORTE
E FORTË

5

4

MODERATO
E DURUESHME

3

2

LIEVE
E LEHTË

1

0

ASSENTE
A DHIMBJE

10

INSOPPORTABILE

9

8

MOLTO FORTE

7

6

FORTE

5

4

MODERATO

3

2

LIEVE

1

0







ASSENTE

Linee guida S.I.A.A.R.T.I. sul dolore postoperatorio

La misura del dolore **dovrebbe diventare uno dei cosiddetti parametri vitali** come la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, la temperatura e la diuresi, da monitorizzare regolarmente durante le 24 ore.

SCHEDA PER IL MONITORAGGIO DEL DOLORE

VALUTAZIONE								RIVALUTAZIONE				
DATA	ORA	STATO MENTALE	LIVELLO DOLORE	SEDE	CARATT.	INTERVENTI	FIRMA	DATA	ORA	LIVELLO	EFFETTI	FIRMA

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	

LEGENDA:

STATO MENTALE	1. ansioso, agitato o irrequieto	2. tranquillo, orientato e collaborante	3. risponde ai comandi
	4. risposta vivace ad una leggera pressione sulla glabella o ad un forte stimolo uditivo	5. risposta rallentata ad una leggera pressione sulla glabella o ad un forte stimolo uditivo	6. nessuna risposta ad una leggera pressione sulla glabella o ad un forte stimolo uditivo
SEDE DEL DOLORE	A. addominale C. capo	S. schiena F. ferita sede intervento	T. torace SP. altro specificare E. estremità
CARATTERISTICHE (CARATT.)	DPL. dolore pulsante	DS. dolore sordo	DPT. dolore penetrante A. Altro
INTERVENTI	F. farmacologici	NF. non farmacologici (specificare)	
EFFETTI	1. ansia 5. sudorazione 9. ipotensione	2. agitazione 6. nausea 10. stipsi	3. sedazione 7. vomito 11. prurito 4. Clonie 8. Altro 12. ritenzione urinaria/catetere

In caso di PCA /Epidurale utilizzare schede apposite

La gestione del dolore postoperatorio deve essere pianificata ed organizzata

- Formazione degli operatori, condivisione di un modello con i reparti chirurgici
- Informazione preventiva al paziente
- Applicazione di protocolli condivisi
- Monitoraggio del dolore con scale (VAS)
- Analisi applicazione del protocollo
- Analisi efficacia della terapia
- Modifica del protocollo

DIPARTIMENTO STRUTTURALE AZIENDALE DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

PROTOCOLLI PER IL DOLORE POSTOPERATORIO

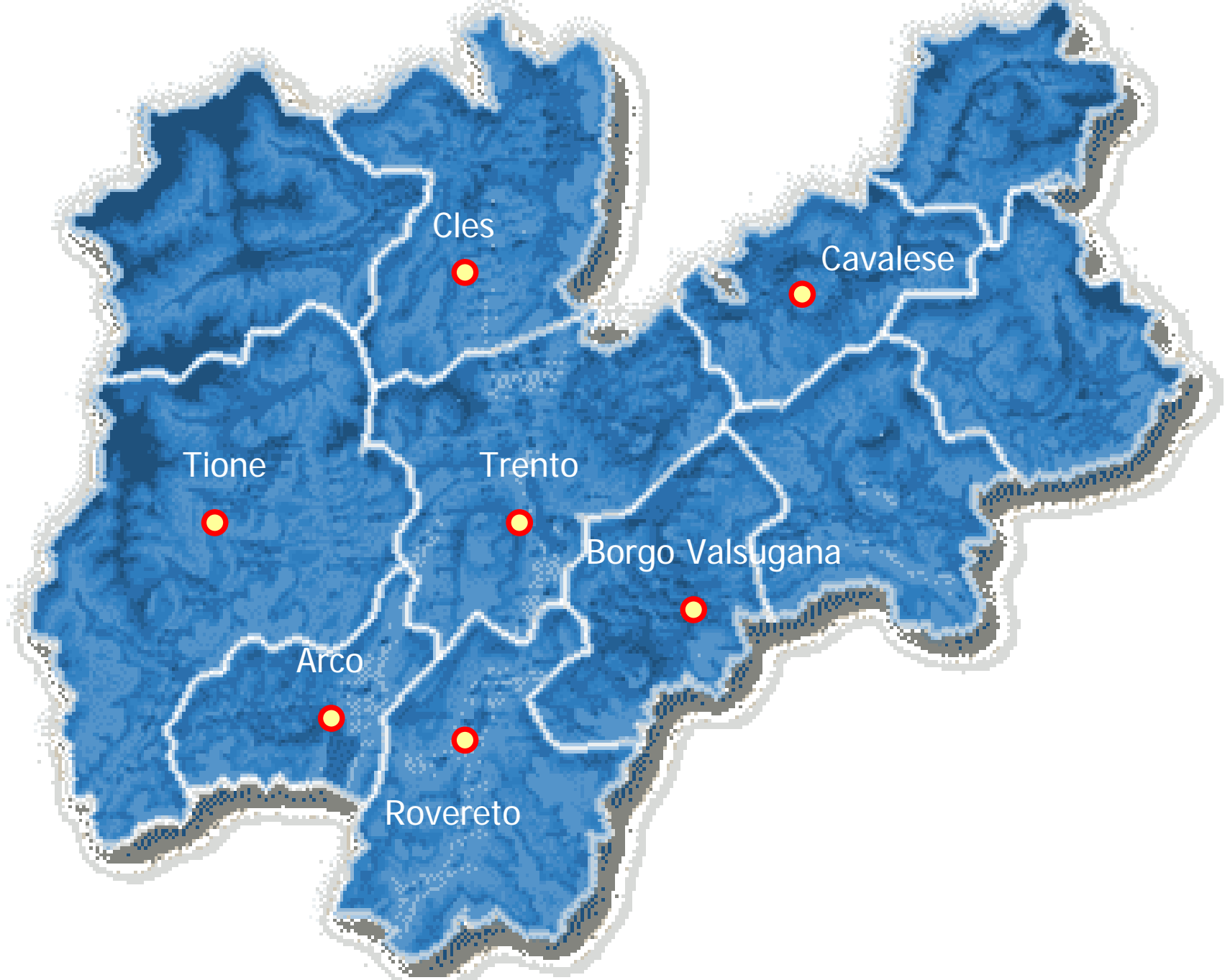
CHIRURGIA MINORE CON DOLORE LIEVE	
CHIRURGIA GENERALE	<i>Asportazione noduli mammari, quadrantectomia, ernia inguinale e ombelicale, tiroidectomia</i>
CHIR. TORACICA	<i>Mediastinoscopie</i>
CHIR. VASCOLARE	<i>Safenectomia, TEA carotidea, trombectomia (Fogarty)</i>
CHIR OSTETRICO-GINECOLOGICA	<i>Revisione della cavità uterina, isteroscopia, cerchiaggio, sterilizzazione laparoscopica, laparoscopia diagnostica</i>
CHIR. ORTOPEDICA	<i>Tunnel carpale, cisti tendinee, rimozione mezzi di sintesi</i>
CHIR UROLOGICA	<i>Cistoscopia diagnostica, varicocele, TURP</i>
CHIR OFTALMICA	<i>Cataratta, calazio, pterigio</i>
CHIR. MAX-FACCIALE	<i>Estrazioni dentarie</i>
CHIR. ORL	<i>Adenoidectomia, microlaringoscopia, miringoplastica, chirurgia plastica del naso e dell'orecchio, polipectomia nasale</i>
NEUROCHIRURGIA	<i>Nucleoplastica</i>

A1: DOLORE LIEVE:

1. Infiltrazione della ferita con anestetico locale (Bupivacaina 0,25% o Ropivacaina 0,375% 2 ml/cm)
2. Pazienti che si alimentano: Ketoprofene¹ 100 mg/12 ore per .os, oppure: Paracetamolo 1 g/6-8 ore per .os
3. Paracetamolo² 1 g/6-8 h ev (max 4 g/die)
Rescue: Ketoprofene 100 mg/ev
1. Ketoprofene 200 mg; 100 x 2 o in infusione continua con elastomero
Rescue: Tramadolo³ 100 mg in 100 fisiol in 30' + metoclopramide 10 mg
Protezione gastrica: Omeprazolo 20 mg/per os

Scheda di budget di U.O. 2007

ATTIVITA'	INDICATORI	DATO ATTESO	PUNTI
Applicazione del protocollo per il dolore postoperatorio	Adozione del protocollo in almeno l'80% dei pazienti (su campione)	Almeno il 50% dei pazienti con $VAS < 4$	10,00



Cles

Cavalese

Tione

Trento

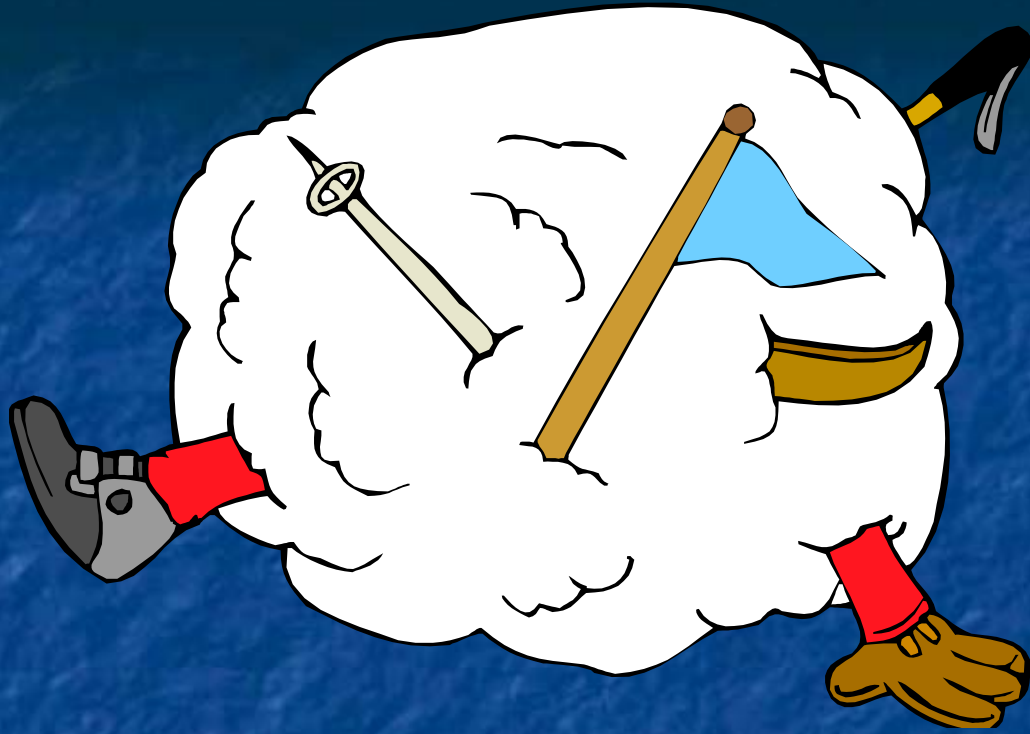
Borgo Valsugana

Arco

Rovereto

Ospedale di Cavalese: 2500
interventi/anno; 85% in day-surgery
(Ortopedia, Chirurgia, Ostetricia-
Ginecologia)

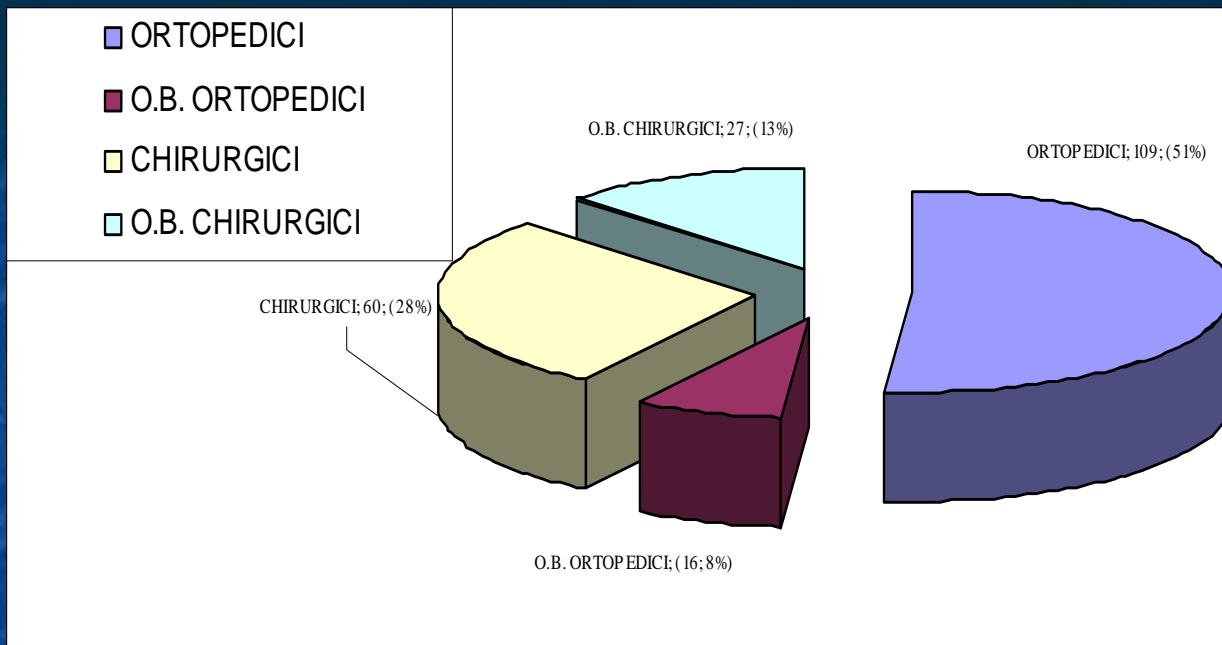




Cavalese: 28.000 residenti nelle valli di Fiemme e Fassa: la popolazione aumenta ad oltre 100.000 in alta stagione (Soprattutto inverno).

TIPO DI PATOLOGIA	NUMERO DI CASI
ADDOMINALGIA	27
FRATT FEMORE	7
TRAUMA CRANICO	6
FRATT BIOSSEA GAMBA	6
COLICA RENALE	5
OSTEOPOROSI	5
OSTEOPOROSI	4
FRATT OMERO	3
FRATT TRIMALLEOLARE	3
EMIBALGIE	2
FRATT GAMBA	2
FRATT MALLEOLO	2
TRAUMA CONFLITTO SPALLA	2
FRATT CAVIGLIA	2
FRATT PERTROCANTERICA	2
FRATT ANCA	1
FRATT TIBIA + PERONE	1
TRAUMA QUERVAIN	1
CONTUSIONE GAMBA	1
TRAUMATIZZAZIONE SOMA D12	1
TRAUMATOMA REGIONE TROCANTERICA	1
CONTUSIONE FERITA CHIR	1
FRATT D9	1
TRAUMA POLSO	1

TIPO DI PATOLOGIA	NUMERO DI CASI
ADDOMINALGIA	8
TRAUMA CRANICO	7
COLICA RENALE	3
COLICA ADDOMINALE	2
EPIGASTRALGIA	2
POLITRAUMA	1
TRAUMA TORACICO + FRATT COSTALI	1
TRAUMA TORACICO + ADDOMINALE	1
ALGIA FIANCO SIN	1
TRAUMA CRANICO + FACCIALE	1
TOTALE	27

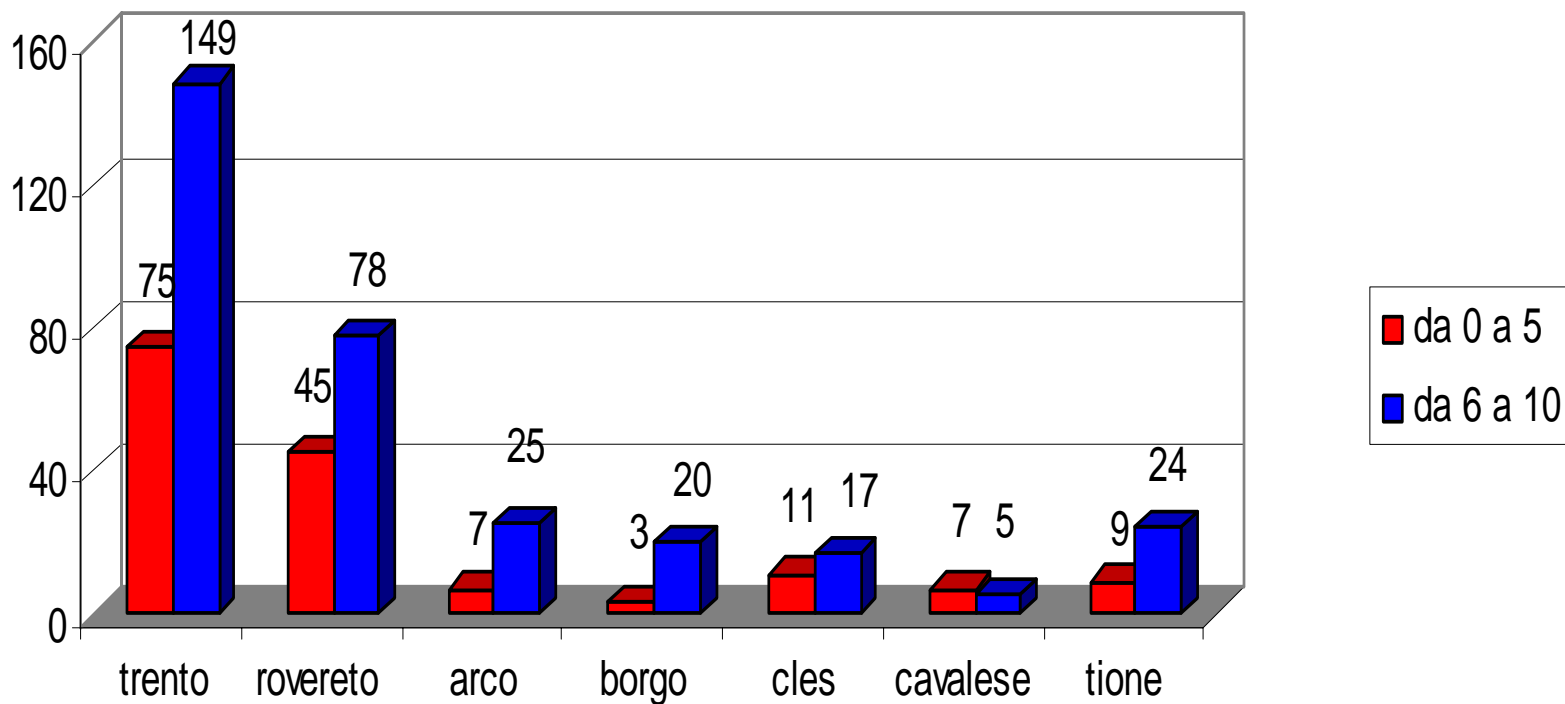


Pazienti con VAS 5	1
Pazienti con VAS 6	5
Pazienti con VAS 7	2
Pazienti con VAS 8	2
Pazienti con VAS 9	1
Pazienti con VAS 10	0
TOTALE CON PONV	0
TOTALE SENZA PONV	11

	NOME COGNOME PAZIENTE	REPARTO: scrivere: CHIR;GIN; ORTO; NCH	INTERVENTO	VAS (in rosso se >5)	PONV (in rosso se SI)	Aneste- sia:GE N; PERI CONT; PLESS; S	Analges- ia: P=pe E=elast. O=orari PL=ples o cont; PCA
9- gen	Pinco Pallino	ORTO	Osteotomia SCARF	7	NO		
9- gen	Mario Rossi	ORTO	Osteotomia SCARF	6	SI		
9- gen	Giorgio Bianchi						
10- gen	Giuseppe Verdi						
10- gen							
10- gen		GIN	TC	6	SI		
10- gen		GIN	TC	4	NO		
25- gen		CHIR	Tiroidectomia	7	SI		
25- gen		CHIR	TC	2	SI		

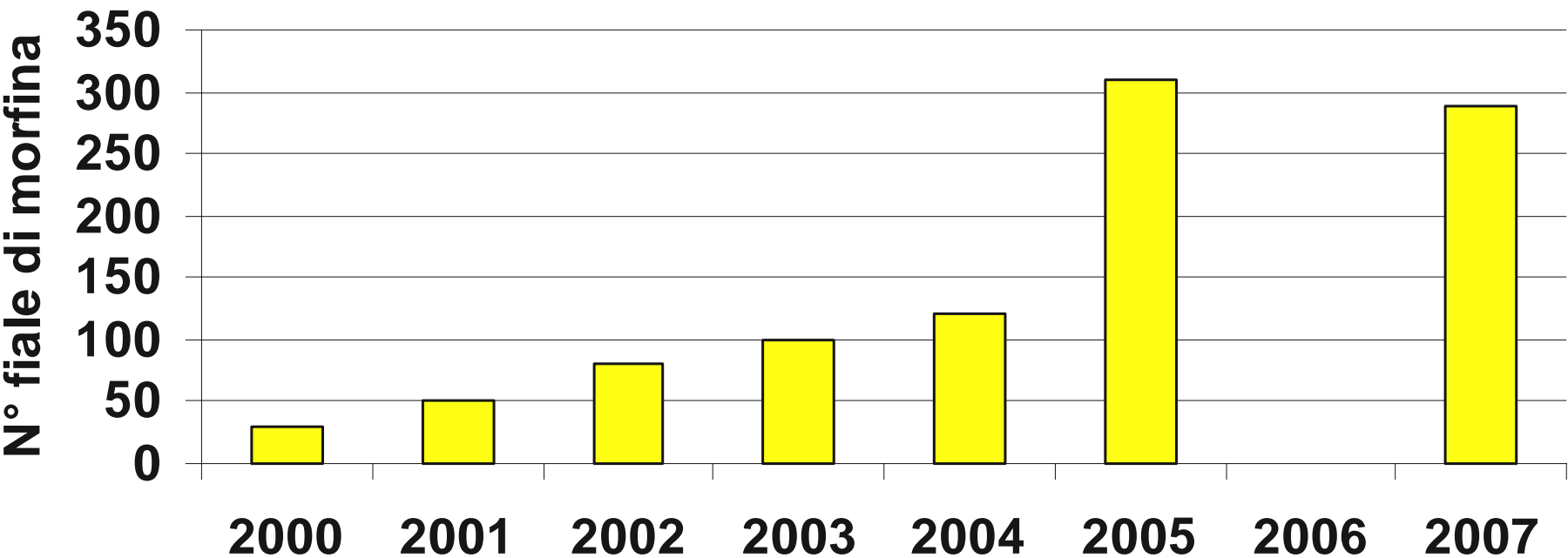
2007: su 500 pz
VAS > 4 nel 12,6%;
PONV 6%

dia un voto al dolore che ha provato



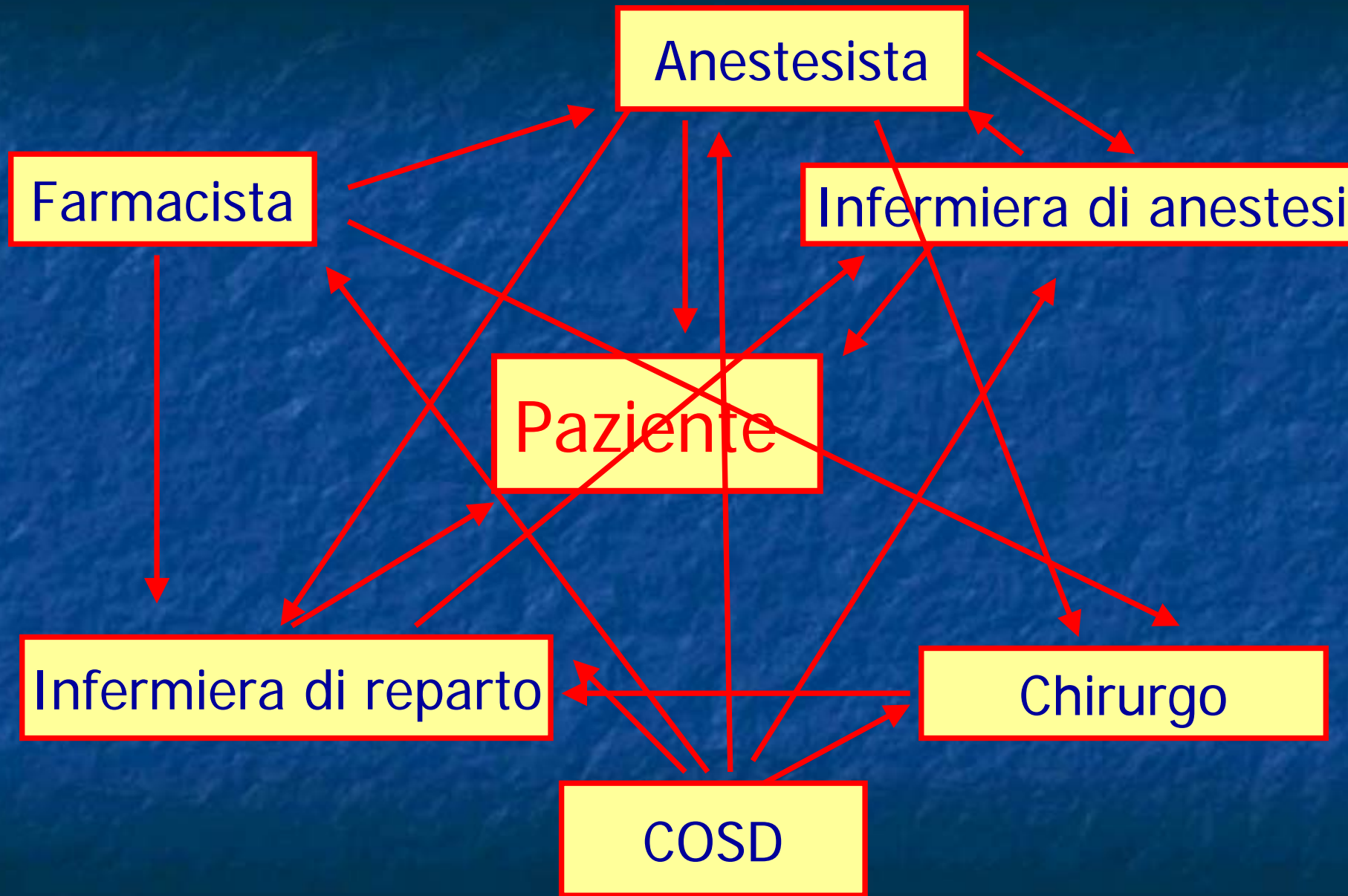
apss

Consumi di morfina nel reparto di anestesia – Osp. Cavalese



Ospedale di **Trento**: 14.000
interventi anno: presenti tutte le
specialità





Criticità attuali

- Non sempre viene applicato il protocollo
- I chirurghi ci credono?
- Chi prepara gli elastomeri? (SO, reparto, farmacia?). Quale centro di costo?
- Epidurali continue, PCA, blocchi continui possono essere applicati in reparto?

Does an Acute Pain Service Improve Postoperative Outcome?

Lars U. Werner, MD, PhD*, Lykke Søholm, MD†, Per Rotbøll-Nielsen, MD*, and
Henrik Kehlet, MD, PhD†

Anesth Analg 2002;95:1361-72

Morphine overdose from error propagation on an acute pain service

[Une surdose de morphine résultant de multiples erreurs dans un service de douleur aiguë]

Summer Syed MD, James E. Paul MD FRCP(C), Molly Hueftlein RN, Marianne Kampf RN BSCN,
Richard F. McLean MD FRCP(C)

CAN J ANESTH 2006 / 53: 6 / pp 586-59

Effect of an anaesthesia department led critical care outreach and acute pain service on postoperative serious adverse events

D. A. Story,¹ A. C. Shelton,² S. J. Poustie,³ N. J. Colin-Thome,⁴ R. E. McIntyre⁵
and P. L. McNicol⁶

Anaesthesia. 2006. 61. pages 24-28

Progetto di Acute Pain Service

- A gestione medica: USA (Ready 1986), Canada, UK.
- A gestione infermieristica con supervisione medica (Rawal e Berggren 1994). Svezia
- Modello S. Raffaele di Milano: anestesista responsabile (governa il processo), anestesista e chirurgo resp. di area, infermiere di anestesia, infermiere di reparto.
- Modello Pordenone (più simile alla nostra realtà)





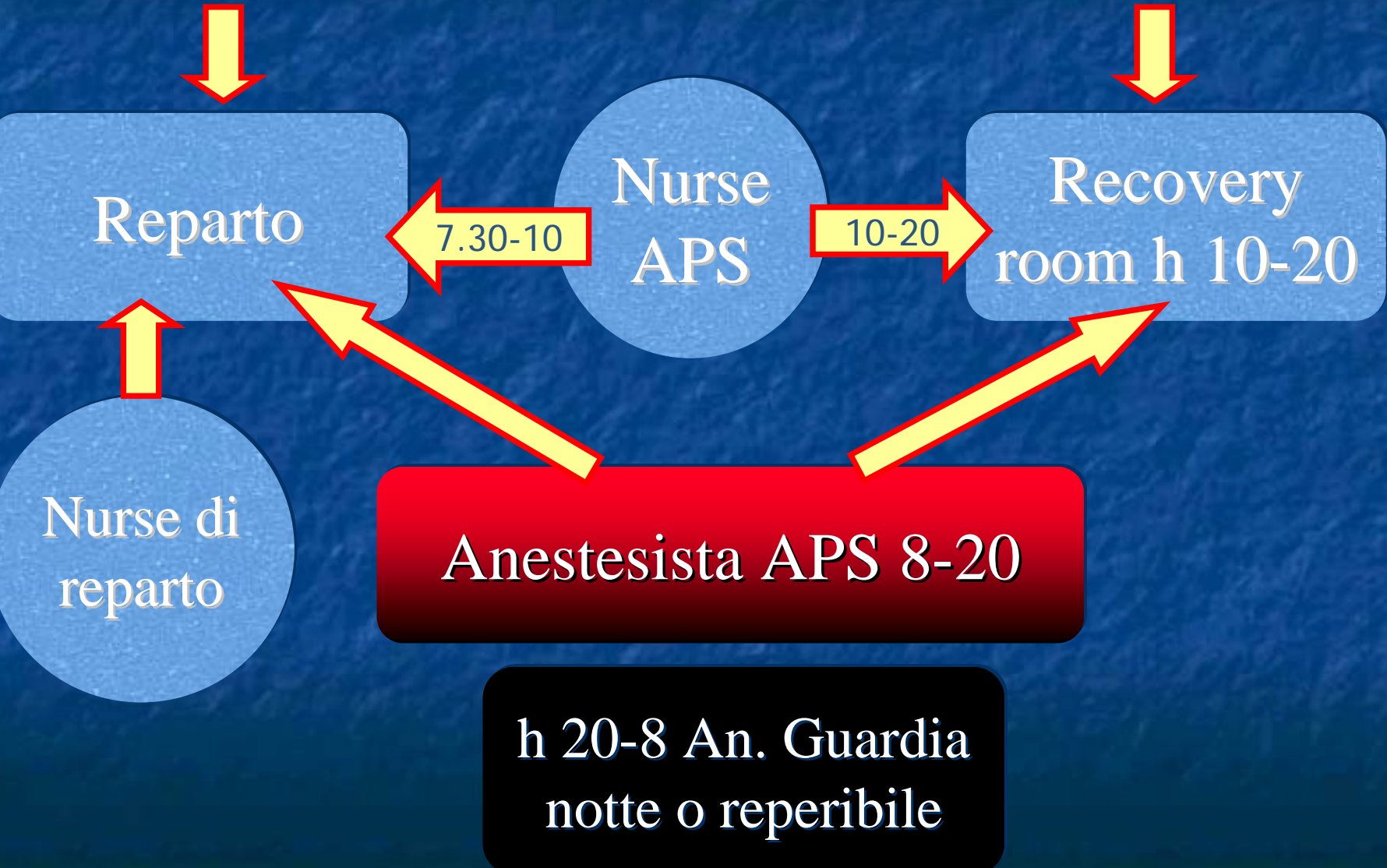






**Intervento chirurgico
minore,
dolore lieve/moderato**

**Intervento chirurgico maggiore,
dolore elevato**



Anestesista
responsabile APS

```
graph TD; A[Anestesista responsabile APS] --> B[Chirurgo responsabile del controllo del dolore nella propria divisione]; A --> C[Acute Pain Nurse che controlla giornalmente il dolore nei reparti e chiama al bisogno l'anestesista]; A --> D[Infermiere di area chirurgica responsabile dell'applicazione dei protocolli e del controllo del dolore nella propria corsia];
```

Chirurgo
responsabile del
controllo del
dolore nella
propria divisione

Acute Pain Nurse
che controlla
giornalmente il
dolore nei reparti e
chiama al bisogno
l'anestesista

Infermiere di area
chirurgica
responsabile dell'
applicazione dei
protocolli e del
controllo del dolore
nella propria corsia

Grazie per l'attenzione



Consumo di oppiacei forti (morfina e fentanil) Valle di Fiemme, Valle di Fassa

