

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	AOP. 1.7 Pagina 1 di 12	

monitoraggio del dolore in area di degenza medico-chirurgica e in pronto soccorso

Rev	Data	Causale della modifica	Condivisa/Valutata
0.0			Direttore Sanitario P.O. Agrigento Direttore Sanitario P.O. Canicattì Direttore Sanitario P.O. Licata Direttore Sanitario P.O. Ribera Direttore Sanitario P.O. Sciacca Coord. Sanitario Distretto Ospedaliero AG 1 Coord. Sanitario Distretto Ospedaliero AG 2 Resp. Servizio Infermieristico P.O. Agrigento Resp. Servizio Infermieristico P.O. Sciacca

Valutata da	Comitato Aziendale Gestione Rischio Clinico	Il Presidente
Approvata da	Direttore Sanitario Aziendale	

Data	Atto Formale	Approvazione Aziendale	
		Il Direttore Generale	

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	AOP. 1.7	Pagina 2 di 12

- Premessa

Il dolore è definito come:

"Una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva" associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale. 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 perciò riconosce anche una carica emozionale".

Il dolore postoperatorio è definito come:

"Dolore acuto persistente del paziente chirurgico dovuto alla malattia preesistente, all'atto chirurgico o alla combinazione tra malattia preesistente e procedura chirurgica". (ASA, 2004).

La definizione racchiude il carattere di **ineluttabilità e prevedibilità** del dolore, che comparirà al cessare degli effetti dei farmaci anestetici, con variazioni per sede, intensità e durata.

Il dolore post operatorio e post traumatico rappresenta circa l'80% del dolore che le persone provano in ospedale. Rappresenta un vero problema sanitario che non può essere ignorato.

Spesso il paziente che deve essere sottoposto a trattamento chirurgico o post traumatico **teme questo non per i rischi più o meno gravi che esso può comportare ma per la prospettiva del dolore che deve "sopportare" e che è considerato, nella nostra cultura, parte integrante del percorso terapeutico.**

I fattori da tenere in particolare considerazione sono:

- **Ansia:** qualsiasi situazione che possa influire sulla situazione di ansia, quale ad esempio il dover affrontare un intervento demolitivo per patologia tumorale, accresce l'intensità del dolore PO. Anche il contesto terapeutico sviluppa in molti pazienti un'influenza antalgica (effetto placebo) ed in altri algica (effetto ansiebo) **in cui ha un ruolo centrale la relazione sanitario/paziente.**
 - *Il placebo responder* ha incondizionata fiducia nel personale e nella struttura in cui è assistito, mostra fiducia in sé stesso (autostima) che si traduce in ridotta percezione e progressiva attenuazione del dolore, fino alla scomparsa.
 - *L'ansiebo responder* evidenzia sfiducia nei curanti e nell'ambiente che lo circonda, palesa convinzione di non ottenere nulla di positivo (disistima), spiccata paura degli eventi che sta per affrontare (atto chirurgico ed anestesilogico) che predispone a marcata e crescente percezione del dolore con scarsa risposta ai farmaci antidolorifici; in queste persone, spesso, si hanno risultati positivi trattando la componente ansiogena.
- **Sede** del dolore.
- **Tipologia** dell'intervento chirurgico o del trauma.
- **Tecnica anestesilogica.**
- **Tecnica chirurgica.**
- **Corretto uso dei farmaci** analgesici.
- **Prospettiva futura** di integrità fisica ed autonomia.
- **Nel presente,** la durata e l'intensità del dolore.

Per dolore persistente *si intende un dolore che continua per un periodo prolungato di tempo associato o meno ad una patologia nota.* Le cause e le manifestazioni cliniche di un dolore persistente sono in genere varie. Per questo le scelte terapeutiche sono spesso difficili.

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	AOP. 1.7	Pagina 3 di 12

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JACHO) attribuisce grande rilevanza alla gestione del dolore in tutte le sue manifestazioni e che tutti i pazienti vengano valutati per il dolore e che di conseguenza ne abbiano un trattamento adeguato.

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

Soddisfare i bisogni del paziente per il trattamento dei sintomi dopo la dimissione

AOP. 1.7 - 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.

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	AOP. 1.7	Pagina 4 di 12

Principali classi del dolore:

1. **Dolore nocicettivo:** può essere viscerale o somatico, ed è più spesso originato dalla stimolazione di recettori del dolore. Il dolore nocicettivo può originare da un tessuto infiammatorio, da una alterazione meccanica conseguente ad un trauma. Sono riconducibili a questa categoria per esempio un'artrite infiammatoria o una lesione traumatica, sindromi dolorose miofasciali, patologie ischemiche. Il dolore di origine nocicettiva in genere risponde bene agli approcci tradizionali di gestione del dolore per esempio comuni farmaci analgesici e strategie non farmacologiche.
2. **Dolore neuropatico:** origina da un processo patologico che coinvolge il sistema nervoso centrale o periferico. Per esempio una neuropatia diabetica, una nevralgia del trigemino o post erpetica. Queste sindromi dolorose rispondono meno bene alle terapie analgesiche convenzionali rispetto al dolore nocicettivo.
3. **Dolore misto o non specificato,** per esempio mal di testa e alcune sindromi dolorose di origine vascolare. Possono essere presenti altre rare condizioni in cui problemi psicologici sono responsabili dell'insorgenza, gravità e durata del dolore, in questi casi può essere d'aiuto una psicoterapia.

La bibliografia riporta lo scarso utilizzo, sia ospedaliero che territoriale, di farmaci analgesici somministrati tramite schemi terapeutici e presidî specifici. Molto spesso la persona, in particolare in ambito extra ospedaliero, ricorre a terapia antidolorifica al bisogno ed utilizzando la metodica dell'automedicazione.

E' per i motivi sopra esposti che si ritiene opportuno redigere e proporre modalità omogenea di monitoraggio e trattamento del *dolore acuto chirurgico, post-traumatico e di pronto soccorso* nelle diverse specialità chirurgiche, traumatologiche e di pronto soccorso, indipendentemente dalla presenza dell'intervento chirurgico.

- *Scopo*

La presente procedura è finalizzata a raggiungere i seguenti obiettivi:

- migliorare l'*outcome* del paziente chirurgico, o che ha subito un trauma, e ridurre il periodo di degenza;
- evitare, controllare e/o ridurre gli effetti morbigeni del dolore post operatorio/post-traumatico;
- controllare e monitorare il dolore in area chirurgica, traumatologica e di pronto soccorso mediante VAS (la percezione soggettiva del dolore da parte del paziente non esclude la valutazione clinica da parte del medico, dell'infermiere e dell'ostetrica);
- trattare in modo uniforme il dolore tramite protocolli terapeutici;
- prescrivere e somministrare la **rescue dose** (*somministrazione supplementare di farmaco analgesico*) ai pazienti che dichiarano una percezione del dolore >4;
- monitorare eventuali effetti collaterali correlati alla terapia antalgica;
- proporre schemi di terapia antalgica e favorire l'attuazione e la diffusione di trattamenti terapeutici;
- attivare schemi di terapia antalgica specifici per ogni reparto chirurgico e traumatologico, in base a requisiti necessità specifici.

- *Campo di Applicazione*

Le linee di indirizzo sono applicate ad ogni paziente in assistenza intraospedaliera (Area Chirurgica, Traumatologica, Pronto Soccorso) che necessita del trattamento del dolore.

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	AOP. 1.7	Pagina 5 di 12

- Indicazioni Operative

Per un approccio razionale alla gestione del dolore nell'Area Chirurgica e Pronto Soccorso è necessario tenere ben presente che *i dosaggi suggeriti ed i farmaci consigliati devono sempre essere adattati al singolo paziente*, alle sue condizioni cliniche ed alla intensità del dolore in atto.

L'**infermiere** o l'**ostetrica** che opera nei reparti chirurgici e traumatologici ricopre un ruolo fondamentale nel management del dolore correlato all'intervento chirurgico o post traumatico tramite:

- L'**informazione**, che deve essere attuata per mezzo di depliant informativo e di colloquio con il paziente nella circostanza clinica più idonea alla condizione morbosa;
- La **valutazione** ed il **monitoraggio** del dolore (rispetto ad altre figure sanitarie, l'infermiere o l'ostetrica è quella che rimane a contatto diretto del malato per un maggiore lasso di tempo, sicuramente quella che meglio può valutare l'efficacia della terapia analgesica somministrata e rilevarne complicanze ed effetti collaterali);
- La **valutazione della presenza di ostacoli alla comprensione dell'informazione** (demenza cognitiva, alterazioni dello stato di coscienza, incomprensione della lingua italiana).

Misurare, quantificare e valutare il dolore acuto consente di rilevare il grado di compromissione e/o invalidità della persona e di programmare strategie d'intervento personalizzate.

È auspicabile che, nella prescrizione di farmaci analgesici, l'indicazione "*al bisogno*" scompaia da tutti gli ambiti assistenziali per essere sostituita da "*rescue dose se VAS > 4*".

Principale compito delle figure professionali coinvolte (operatori sanitari) è quella di impedire che il malato provi o sopporti dolore inutilmente. Ciò può essere realizzato con poche attività:

- **a tutti i pazienti ricoverati:** rilevare il dolore 3 volte al giorno tramite VAS e valutazione clinica;
- **nelle situazioni cliniche con sindrome dolorosa:** misurare ogni 3 ore l'intensità di dolore percepita dal paziente, insieme ad altri parametri;
- **somministrare il trattamento analgesico di base** prescritto dal medico;
- **somministrare** a tutti i pazienti che presentano una VAS > 4 la "*rescue dose*" prescritta dal medico;
- **controllare l'effetto della terapia;**
- **rilevare tempestivamente le complicanze** della terapia antalgica, sospendere la terapia in atto e richiedere la presenza del medico;
- **non prescrivere antidolorifici al bisogno.**

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>AOP. 1.7</p>	<p>Pagina 6 di 12</p>

SCALA DI MISURAZIONE E MONITORAGGIO DELL'INTENSITÀ DEL DOLORE UTILIZZATA NELLA NOSTRA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Nell'adulto viene impiegata la Scala Analogica Visuale (NRS - VAS) che è costituita da una linea nera lunga 10 cm con due punti finali descritti come "nessun dolore" all'estremità sinistra e "il più forte dolore immaginabile" all'estremità del lato destro.

Il paziente è invitato ad indicare il valore che meglio rappresenta il dolore percepito in quel momento.
adulti e bambini di età maggiore a 7 anni

VALUTAZIONE DEL DOLORE

DOLORE

"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".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nessun dolore

Il peggiore dolore possibile

NRS (Numerical Rating Scale)

VAS (Visual Rating Scale)

I **vantaggi** della scala analogica visiva sono il **facile impiego, la rapida registrazione e l'attribuzione di un valore numerico all'intensità del dolore** (in genere il valore numerico è universale).

Gli **svantaggi** sono principalmente rappresentati dalla **scarsa applicabilità nei bambini molto piccoli e nelle persone con uno stato cognitivo-comportamentale compromesso.**

Nel bambino vengono usate le **faccette di Wong-Baker**: disegni di facce che esprimono diversi gradi di dolore.



 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</p> <p>P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>AOP. 1.7 Pagina 7 di 12</p>	

ISTRUZIONI PER LA MISURAZIONE DELL'INTENSITÀ DEL DOLORE

Per ottenere una misurazione dell'intensità del dolore valida e affidabile, è indispensabile utilizzare sempre lo stesso strumento e la stessa modalità di rilevazione. Alcune delle semplici regole da seguire.

- 1. Rilevazione dell'intensità del dolore almeno.....al giorno (definire con precisione quando):
.....
 - 2. Presentare a tutti i pazienti le istruzioni **verbalmente**, e, se ritenuto utile, accompagnate dal **supporto visivo** (scala numerica su plastificato)
- Nessun dolore **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** Il peggiore possibile
- 3. **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".
 - 4. Se il paziente divaga, rispondendo ad esempio con descrizioni verbali (es. "Si, ho un po' di dolore, ma non tanto") **richiamarlo con calma alle istruzioni:** "Me lo indichi per favore con un numero da 0 a 10".
 - 5. 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 pò male, quindi sarà circa 2 o 3, vero?) e tanto meno fare la valutazione a suo posto presumendo di conoscere come si sente.
 - 6. 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; 10 a scuola rappresenta un evento positivo mentre nel nostro caso 10 corrisponde a un evento altamente negativo).
 - 7. 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.
 - 8. **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.
 - 9. **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!"
 - 10. 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?
 - 11. Attenzione a non fornire **vantaggi secondari** di tipo attenzionale-relazionale alle lamentele di dolore. Alcuni pazienti possono sentirsi gratificati dall'ottenere attenzioni particolari dal personale dell'Unità Operativa, accentuando a tal fine il comportamento manifesto di dolore. L'attenzione dell'operatore deve essere rivolta alla persona al suo dolore/sofferenza, ma non necessariamente al comportamento da dolore.
 - 12. Annotare la risposta sul diario clinico "valutazione del dolore" della documentazione sanitaria.
 - 13. 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.

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>AOP. 1.7</p>	<p>Pagina 8 di 12</p>

La misurazione del dolore permette di effettuare la **classificazione**

- **dolore compreso tra 1 – 3** è considerato di **LIVELLO A = modesto**
- **dolore compreso tra 4 – 6** è considerato di **LIVELLO B = forte**
- **dolore compreso tra 7 – 10** è considerato di **LIVELLO C = grave**

La misurazione del dolore si effettua:

- Alla accoglienza / ricovero, se le condizioni cliniche lo permettono
- Tre volte al giorno, a tutte le persone ricoverate, insieme alla rilevazione dei parametri vitali.
- La registrazione si effettua utilizzando lo spazio per la VAS previsto in cartella.
- Ogni qualvolta il paziente lamenta dolore.
- Alla dimissione dal Complesso Operatorio: il paziente con VAS < 3 può essere inviato in reparto.
- Alla dimissione dall'ospedale: il paziente con VAS < 3 può essere dimesso con la eventuale prescrizione di terapia antalgica a domicilio

ESPRESSIONI DI DOLORE*

Da utilizzare nella valutazione di persone con stato cognitivo-comportamentale compromesso

Espressioni facciali

- Lieve aggrottamento delle ciglia, espressione triste spaventata
- Smorfie, fronte corrugata, occhi chiusi o serrati
- Qualsiasi espressione anomala
- Ammiccamento rapido

Verbalizzazione, vocalizzi

- Sospiri, lamenti, gemiti
- Borbottio, cantilena, grida ad alta voce
- Respiro rumoroso
- Richiesta di aiuto
- Eccessiva verbalizzazione

Movimenti del corpo

- Postura rigida, tesa, guardinga
- Agitazione
- Aumento del cammino su e giù, dondolamenti
- Movimenti ridotti
- Cambiamenti nella marcia o nella mobilità

Cambiamenti nelle interazioni personali

- Aggressività, opposizione alle cure
- Diminuzione delle interazioni sociali
- Atteggiamenti socialmente inappropriati o distruttivi
- Ritrosia

Cambiamenti nelle attività abituali

- Rifiuto del cibo, cambiamenti dell'appetito
- Aumento nei tempi di riposo
- Cambiamenti del sonno, della tipologia del riposo
- Improvvisa cessazione delle attività abituali
- Incremento del cammino fine a se stesso

Cambiamenti dello stato mentale

- Pianto o lacrime
- Aumento della confusione mentale
- Irritabilità o angoscia

* AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons.

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	AOP. 1.7 Pagina 9 di 12	

Fattori che influenzano la soglia del dolore

Fattori che abbassano la soglia del dolore	Fattori che innalzano la soglia del dolore
Sofferenza, malessere	Sollievo dei sintomi
Insonnia	Riposo
Fatica	Sonno
Ansia	Riduzione dell'ansia
Paura	Empatia
Rabbia	Comprensione
Depressione	Stato d'animo
Noia	Terapia occupazionale
Introversione, Tristezza, Isolamento	Compagnia

TEMPI di ATTUAZIONE

Il presente documento entra in vigore a partire dal _____.

La procedura si applica:

- a tutto il personale operante nel Complesso Operatorio
- ai pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico
- ai pazienti che devono essere dimessi dal Complesso Operatorio
- a tutti coloro che accedono a vario titolo ed estemporaneamente al Complesso Operatorio

La presente procedura sarà consultabile nell'Ufficio:

- Responsabile Complesso Operatorio,
- Direttori UU.OO. Medico-Chirurgiche di degenza e cura
- Direttori UU.OO. di Anestesia e Rianimazione
- Direttori UU.OO. Pronto Soccorso
- Coordinatore Infermieristico UU.OO. Medico-Chirurgiche di degenza e cura
- Coordinatore Infermieristico UU.OO. Anestesia e Rianimazione
- Resp. "Gestione Rischio Clinico"
- Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri ASP Agrigento

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</p> <p>P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>AOP. 1.7 Pagina 10 di 12</p>	

Lista di distribuzione
Direttori UU. OO. Anestesia e Rianimazione con obbligo di divulgazione ai sanitari
Coordinatore Infermieristico UU.OO. Anestesia e Rianimazione con obbligo di divulgazione ad Infermieri Professionali
Direttori UU.OO. Medico-Chirurgiche del Presidio Ospedaliero di pertinenza
Responsabile Complesso Operatorio Presidio Ospedaliero di pertinenza
Resp. Servizio Infermieristico con obbligo di divulgazione ad Infermieri Professionali AG 1
Resp. Servizio Infermieristico con obbligo di divulgazione ad Infermieri Professionali AG 2
Direzione Sanitaria di Presidio di pertinenza

Allegato 1

VALUTAZIONE DEL DOLORE ALL'INGRESSO

adulti e bambini di età maggiore a 7 anni

- INTENSITA'

Se il paziente è in grado di comunicare: compilare **NRS** (Numerical Rating Scale)

Nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore

(> di 3: monitorare giornalmente)

Se il paziente non sa rispondere alla scala precedente: compilare **VRS** (Verbal Rating Scale)

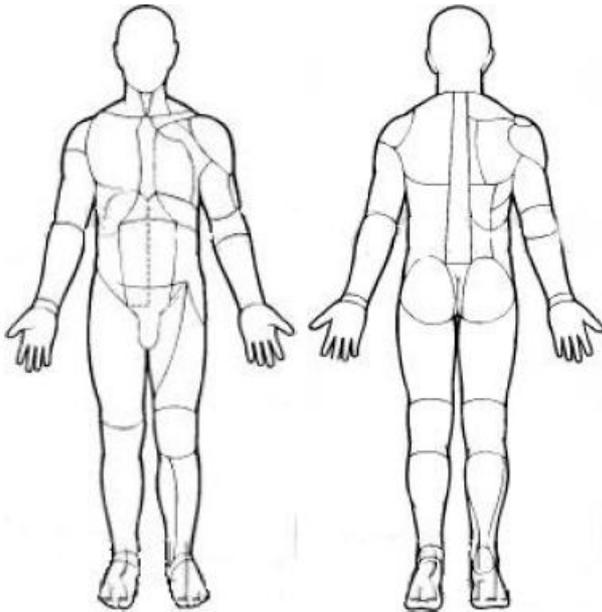
Assente Lieve Moderato Grave Intollerabile

(> di lieve: monitorare giornalmente)

- TIPO DI DOLORE

Continuo

Episodico



Indicare nella figura:

- il punto più dolente
- la zona interessata
- più di una sede di dolore

Indicare profondità:

- interno
- esterno
- entrambi

Il dolore è presente:

- a riposo
- in movimento
- entrambi

- **INSORTO** da (giorni, mesi, anni)

- ATTUALE TERAPIA ANTIDOLORIFICA

FANS

OPPIOIDI

ALTRO

Il Medico Accettante

