Cosa e come abbiamo fatto all'AUSL Bologna Città ?

..a piccoli passi stiamo cambiando una realtà

(Dr. Monika Zackova)

Attività principali del COSD

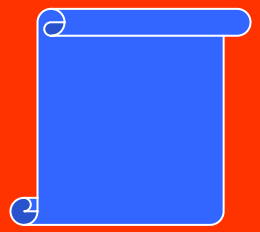
- Analisi delle criticità
- Raccolta,elaborazione e condivisione delle linee di guida e dei protocolli per dolore postoperatorio;
- Battaglia alla disomogeneità nelle prescrizioni;
- Interesse prioritario per la formazione;
- Collaborazione tra le figure coinvolte(anestesista-chirurgo-I.P.)
- Sollecitazione sistematica all'utilizzo delle pompe elastomeriche o PCA nel periodo postoperatorio;
- Elaborazione delle schede per la rilevazione del dolore;
- Individuazione dei reparti pilota per la verifica dei protocolli e delle schede di rilevamento;
- Diffusione delle scale per il rilevamento del dolore;
- Partecipazione alle Giornate del Sollievo (opuscoli,questionari, etc.);
- Organizzazione della rete dei referenti medici ed infermieristici nelle UU.OO.

Formazione

Corso al Catalogo

1 giorno (“full immersion”)

- Perché trattare il dolore;
- Fisiopatologia del dolore;
- Scale per la rilevazione del dolore;
- Farmacologia;
- Aspetti psicologici e medico- legali;
- Ruolo dell’ infermiere;
- Esercitazioni pratiche
- …attualmente formate: 240 persone..



Gestione del dolore postoperatorio prima dell'introduzione dei protocolli

	A	B	C	D
1	32	26	18	41
2	24	13,6	8	19
3	25	26,6	30	34
4	19	23,8	44	6

- 1: % dei pazienti con la prescrizione dei FANS al bisogno dal chirurgo
- 2: % dei pazienti con la prescrizione dei FANS al bisogno dall'anestesista
- 3: % dei pazienti con la prescrizione sufficientemente corretta fatta dall' anestesista
- 4: % dei pazienti con nessuna prescrizione per la terapia antalgica postoperatoria

Report di terapia antalgica postoperatoria in 6 mesi

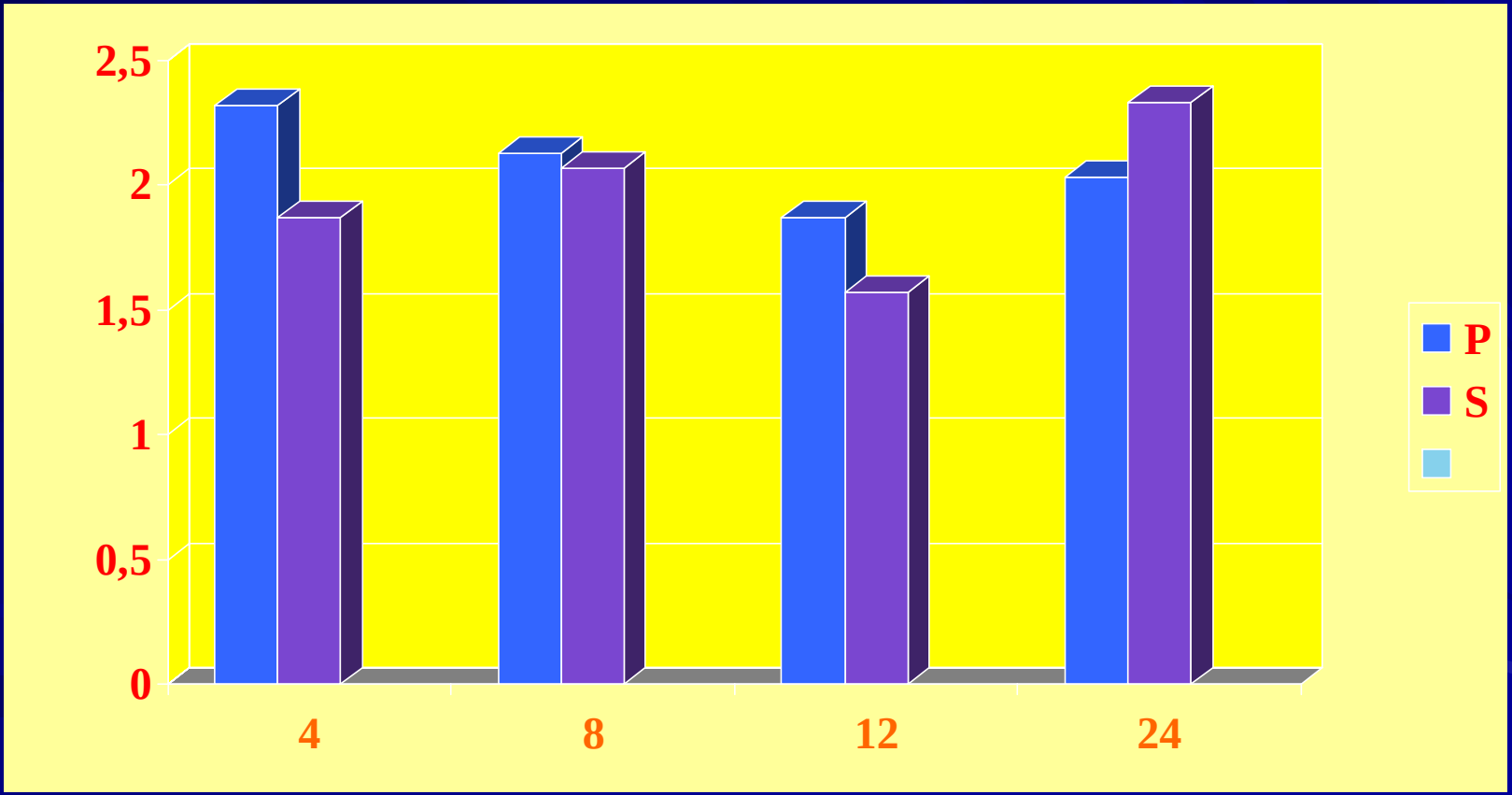
- Prescrizione di terapia antalgica è stata eseguita in quasi il 100% di pazienti di S.O.
- In 686 casi non è stato completato o effettuato il rilevamento del dolore
- In 691 casi: **VAS 0 -3 612 casi**
- VAS 4-6 58 casi
- VAS 7-10 21 casi

Tipologia degli interventi che risultano meno controllati:

- Laminectomia, EDL, Stabilizzazioni spinali, colecistectomie, Janetta, Proctologia, Dismorfie, Cloward,

- ….. Spesso anche perché è stato scelto il protocollo “sottodimensionato” ….

Valori di SQV a riposo in toracotomia trattata con l'analgesia peridurale o subaracnoidea



Il dolore deve essere visibile… sempre e comunque…

- Ultime idee?

- Intranet
- Locandina

(informazione al paziente)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

C'è modo e modo di veder le stelle!

Ospedale senza dolore

Ovvietà? No.

Non avere dolore è il mezzo per alzarsi prima dal letto, tornare prima a casa e alla propria vita

Soffrire non è necessariamente inevitabile

Il dolore non fa bene e non serve a guarire

Il dolore influisce pesantemente sulla vita delle persone con effetti negativi sulla sfera fisica, psicologica ed emozionale

Negli Ospedali Maggiore e Bellaria

Una équipe formata da medici anestesisti, chirurghi e infermieri si occupa specificatamente di ridurre o almeno rendere sopportabile il dolore specie dopo un intervento chirurgico.

Come?

L'équipe segue il paziente dopo un intervento chirurgico intervenendo sul controllo del dolore.
A seconda del tipo di intervento gli operatori sanitari valutano con il paziente l'intensità del dolore utilizzando semplici scale di misurazione (da 0 nessun dolore a 10 massimo dolore oppure con parole che esprimono l'intensità del dolore provato: lieve, forte, fortissimo, insopportabile). I farmaci possono essere somministrati ad orari programmati o in maniera continua, sia per via endovenosa, sia per iniezione o tramite catetere peridurale.