

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

FACOLTÀ DI SCIENZE STATISTICHE

**CORSO DI LAUREA
IN STATISTICA E TECNOLOGIE INFORMATICHE**

INDAGINE SUL TRATTAMENTO DEL DOLORE

RELATORE: Prof. Deambrosis Graziano

LAUREANDO: Paolo Michieletto

**ANNO ACCADEMICO
2005-2006**

Indice

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1: Azienda sanitaria U.I.s.s 12 organizzazione e fini.....	5
1.1 – La formazione permanente: premessa.....	5
1.2 – Soggetti, organigramma e funzioni per il processo formativo aziendale.....	6
1.3 – funzioni del database aziendale per la formazione continua.....	10
CAPITOLO 2: Il Trattamento del dolore presso l’ospedale di Mestre.....	13
2.1 – Premessa: la terapia del dolore	13
2.2 – Ipotesi di ricerca, metodi e strumenti di raccolta dei dati.....	15
2.3 – Database:struttura generale e funzioni.....	16
2.4 – Le rilevazioni.....	19
2.5 – I risultati: conclusioni	23
CAPITOLO 3: Database sull’ apprendimento nel corso “ospedale senza dolore”.....	27
3.1 – L’idea alla base della costruzione del database.....	27
3.2 – Struttura generale e funzioni.....	35
3.3 – I risultati: conclusioni.....	37
CONCLUSIONI: obiettivi raggiunti nello stage e opinioni riguardo al	
Contesto lavorativo.....	46
Riferimenti bibliografici.....	47

Introduzione

Il progetto di stage è stato da me svolto presso l'U.I.s.s 12 Veneziana, nell'Ufficio "Formazione ed aggiornamento" del responsabile dottor Mario Degan con la collaborazione di Fabio Bettiolo. Nei quattro mesi di durata dello stage ho potuto conoscere, l'organizzazione ospedaliera dell'U.I.s.s 12, il processo formativo e il database realizzato in Access 2000 per conservare e gestire in maniera più rapida ed efficiente la formazione permanente dei dipendenti dell' azienda.

Il database Access si è rivelato fondamentale per poter gestire le molte richieste di partecipazione ai corsi, la loro effettiva possibilità di soddisfacimento in base ai posti disponibili e per poter gestire tutta la documentazione relativa al gradimento e ai test di valutazione effettuati alla fine dei corsi.

In particolare per il trattamento del dolore, che in Italia è ancora troppo spesso affrontato con leggerezza e sottostimato.

La mia attività si è svolta essenzialmente nel creare:

1) un database per immagazzinare i dati relativi ad una "scheda sulle modalità di registrazione del dolore" riguardante alcuni pazienti distribuiti nelle varie unità operative (es: ginecologia, urologia, cardiologia ecc...) che sarà utilizzata, in base alle ipotesi di ricerca dell'ufficio formazione, per alcune elaborazioni statistiche riguardo ai comportamenti e strumenti adottati da medici e infermieri per l'eliminazione o riduzione del dolore.

2) un database per la valutazione dell'apprendimento del corso "ospedale senza dolore" (base e avanzato), col quale si sono verificate le conoscenze e le terapie per l'accertamento e trattamento del dolore, verificando se la frequenza al corso prima (base) e poi (avanzato) abbia portato dei miglioramenti nei comportamenti e nelle conoscenze delle terapie migliori per alleviare o eliminare il dolore.

L'archivio informatico realizzato nel punto 1 verrà utilizzato anche in seguito ai corsi effettuati "ospedale senza dolore" (base e avanzato) tramite la medesima "scheda sulle modalità di registrazione del dolore" su un altro gruppo di pazienti. Ciò permetterà di valutare le ricadute del corso sui comportamenti e strumenti adottati da medici e infermieri nell'eliminazione o riduzione del dolore confrontandolo con la prima elaborazione.

Dei risultati di questo confronto verrà semplicemente accennato nelle conclusioni essendo stato realizzato dopo lo stage tramite l'ufficio formazione.

Durante lo stage mi sono tornate utili le conoscenze apprese in basi di dati 1 e 2 e le conoscenze basilari in statistica descrittiva.

La tesi è stata suddivisa in 3 capitoli più un capitolo relativo alle conclusioni:

Nel primo capitolo ho descritto l'organizzazione ed i fini della formazione permanente dell'Azienda U.I.s.s 12 Veneziana. Le funzioni del database per la formazione continua nel gestire in modo più rapido ed efficiente la creazione di alcuni report standardizzati alla fine di ogni corso. Inoltre il database per la formazione sarà utilizzato per creare una tabella relativa ai possibili partecipanti al corso "ospedale senza dolore" che poi utilizzerò per il database sull'apprendimento illustrato nel capitolo 3.

Nel secondo capitolo dopo una premessa sul trattamento del dolore, affronto la realizzazione del database accennato nel punto 1 e descrivo i risultati ottenuti.

Il terzo capitolo riguarda la realizzazione di un database sull'apprendimento del corso ospedale senza dolore e le elaborazioni statistiche relative come accennato nel punto 2.

CAPITOLO 1: Azienda sanitaria U.I.s.s 12 organizzazione e fini

1.1 La formazione permanente: premessa

La formazione permanente (o continua) è un processo che una persona intraprende al termine della formazione di base per mantenere, sviluppare, apprendere specifiche competenze individuali.

Nell'ottica di un'azienda socio-sanitaria che offre servizi alla persona, la formazione permanente è un motore di cambiamento collettivo (non solo tecnico professionale ma anche culturale) finalizzato all'adeguamento della struttura sanitaria alle richieste della popolazione; pertanto, è anche una fondamentale risorsa per il perseguimento delle strategie e degli obiettivi dell'ULSS, tesi al continuo servizio all'utenza.

Infatti, il rapido e continuo sviluppo riscontrabile in campo medico e sanitario, oltre all'incalzante progresso in termini di tecnologie ed organizzazione, rendono sempre più difficile l'allineamento delle singole professionalità con gli standard in continua evoluzione del settore.

La formazione continua è pertanto un obbligo per tutti gli operatori dell'Azienda ed, in particolare, costituisce obbligo deontologico e normativo per gli operatori sanitari individuati dal programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM).

Alla luce di queste considerazioni le modalità di gestione del processo formativo saranno organizzate al fine di:

- Integrare la formazione continua di ciascun dipendente con le strategie organizzative a livello macro e micro aziendale;
- Valorizzare le conoscenze e le abilità dei singoli dipendenti, acquisite tramite iniziative formative;
- Ottimizzare le risorse assegnate alla formazione continua, secondo criteri di efficacia, efficienza, trasparenza ed equità;
- Indirizzare le risorse destinate al personale coinvolto nel processo di formazione continua ECM, esclusivamente nell'ambito di attività certificate.

La formazione è pertanto un processo a catena che, per essere efficace, deve coinvolgere, a vario titolo, tutte le figure professionali aziendali.

In generale, la linea gerarchica svolge un ruolo di committenza e di individuazione degli obiettivi organizzativi, mentre i formatori, in qualità di metodologi esperti, collaborano con i responsabili nell'individuare quanto e come le strategie formative possano contribuire al raggiungimento degli obiettivi indicati.

D'altra parte ,non devono essere trascurate le richieste degli stessi dipendenti/partecipanti alle iniziative formative, come soggetti che poi trasmetteranno nella pratica quotidiana quanto appreso in formazione.

Classicamente, il processo formativo si divide in quattro tappe sequenziali:

1. Analisi del fabbisogno
2. Pianificazione degli obiettivi
3. Progettazione ed attuazione delle iniziative
4. valutazione, suddivisa, a sua volta, in:
 - a. valutazione formativa
 - b. valutazione d'impatto organizzativo

Pertanto questo modello di analisi è stato utilizzato per individuare le funzioni che verranno svolte dagli organi aziendali per la formazione continua.

Tuttavia è bene ribadire che il risultato formativo ed organizzativo è possibile quando tutto il processo viene condiviso tra più soggetti con diverse responsabilità ;al contrario, un anello della catena formativa, seppur forte, da solo non permette di ottenere una formazione efficace.

1.2 Soggetti ,organigramma e funzioni per il processo formativo aziendale

Direzione strategica, che si avvale della commissione tecnica

indica gli obiettivi organizzativi da cui devono discendere gli obiettivi formativi aziendali e dipartimentali.

La commissione tecnica sulla base dei risultati dell'analisi del bisogno presentata dall'Ufficio Formazione, identifica quanta parte e come il budget per la formazione sarà assegnato per iniziative a livello aziendale o dipartimentale.

La commissione che si riunisce obbligatoriamente ogni anno per indicare gli indirizzi della formazione in base agli obiettivi dell'azienda, indica i criteri/standard di utilizzo del budget per la formazione, gli argomenti prioritari ed, eventualmente, il piano di formazione per l'anno successivo.

Valuta periodicamente lo stato della formazione aziendale e dipartimentale sulla base dei report elaborati dall'ufficio formazione.

Esamina ed eventualmente approva le revisioni del regolamento proposte dall'ufficio formazione

Ufficio formazione e aggiornamento, in staff alla Direzione strategica, al cui interno viene istituito il **Nucleo di coordinamento per la formazione continua**.

L'ufficio ha compiti di analisi del fabbisogno formativo aziendale, di gestione amministrativa del budget e, per le iniziative formative sovradipartimentali, di coordinamento e di valutazione d'impatto organizzativo.

Supporta, sotto il profilo tecnico professionale, l'attività dei referenti di formazione dipartimentale, anche ai fini dell'implementazione nel sistema ECM dei dati richiesti.

Il dirigente dell'Ufficio convoca, almeno una volta all'anno, **l'assemblea dei referenti di formazione**, per valutare l'andamento complessivo dei processi formativi aziendali e, nel caso, proporre azioni correttive.

Il dirigente dell'Ufficio è referente aziendale del sistema ECM ed è titolare della validazione delle richieste di accreditamento.

L'Ufficio predispone le proposte di deliberazione di autorizzazione delle iniziative formative aziendali, di suddivisione del budget tra livello centrale e dipartimentale.

Il dirigente dell'ufficio è delegato ad autorizzare, con proprio atto, la fruizione degli istituti contrattuali relativi all'aggiornamento individuale con spese a carico del budget assegnato, nei limiti del budget medesimo, dell'articolazione dello stesso a livello aziendale e dipartimentale e nel rispetto delle procedure indicate nei punti precedenti.

L'ufficio riferisce periodicamente sullo stato della formazione alla Direzione Strategica, alla Commissione Tecnica.

Consiglio di dipartimento che ha la funzione di "proporre/attuare i piani di aggiornamento e riqualificazione del personale". In particolare, sulla base delle effettive risorse disponibili, indica le priorità nel soddisfacimento del bisogno formativo dipartimentale.

Valuta, inoltre, nel corso dell'anno, lo stato di attuazione del piano di formazione, indicando gli eventuali correttivi.

Direttore di dipartimento "controlla l'aderenza dei comportamenti con gli indirizzi generali, definiti dal Consiglio di Dipartimento, nell'ambito della gestione del personale dei piani di ricerca, di studio e di didattica".

sulla base degli obiettivi dipartimentali e coerentemente con le indicazioni del consiglio di dipartimento, autorizza le singole proposte di formazione intra-dipartimentale od extra-aziendali in aggiornamento obbligatorio

su delega dell'ufficio formazione, gestisce il budget assegnato per la formazione intra-dipartimentale, all'interno di un sistema definito di indicatori e standard.

Il referente di formazione dipartimentale è un operatore del Dipartimento che necessariamente non deve ricoprire ruoli di coordinamento di risorse umane, scelto su base volontaria dal Direttore del Dipartimento medesimo, sentito i responsabili dell'Ufficio Formazione e dell'Ufficio per la Qualità.

Ha compiti di analisi del fabbisogno formativo, di pianificazione, di valutazione dei processi e dei risultati formativi e di valutazione dell'impatto organizzativo.

Nella gestione del processo formativo, collabora prioritariamente con il **direttore di dipartimento**, i **responsabili di Unità Operative** ed i **coordinatori del personale infermieristico/tecnico**.

Collabora, inoltre, alla realizzazione delle iniziative.

In merito all'attività formativa, nel rispetto del rapporto gerarchico con il responsabile di struttura dove presta abitualmente attività lavorativa, risponde direttamente al capo dipartimento.

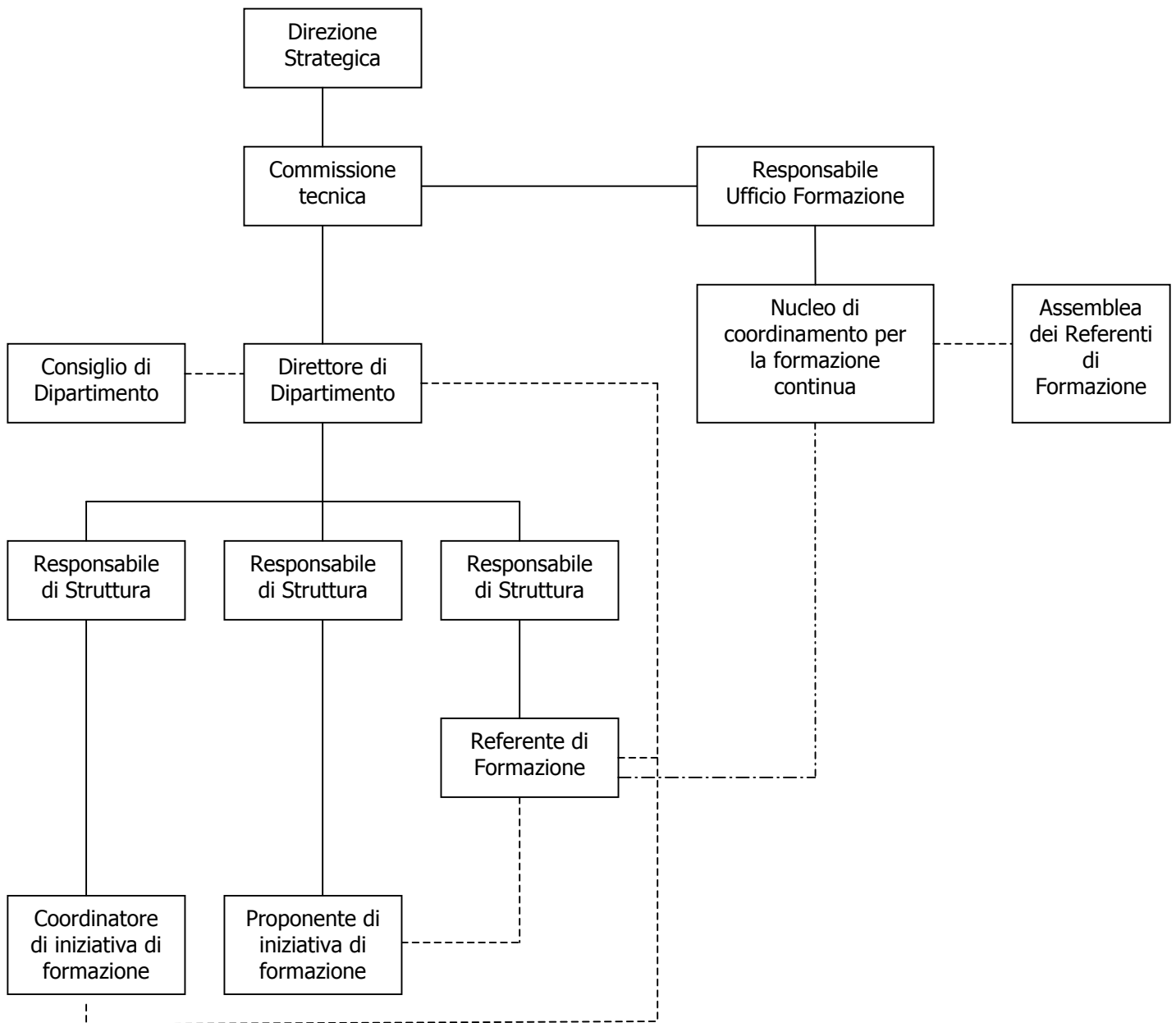
Si rapporta funzionalmente con l'Ufficio Formazione, in particolare con il nucleo di coordinamento per la formazione continua, e relaziona periodicamente sull'attività.

Questi rapporti sono validi sia nel dipartimento strutturale che in quello funzionale.

Nel dipartimento funzionale il referente opera solo nelle strutture che non appartengono contemporaneamente ad altri dipartimenti strutturali.

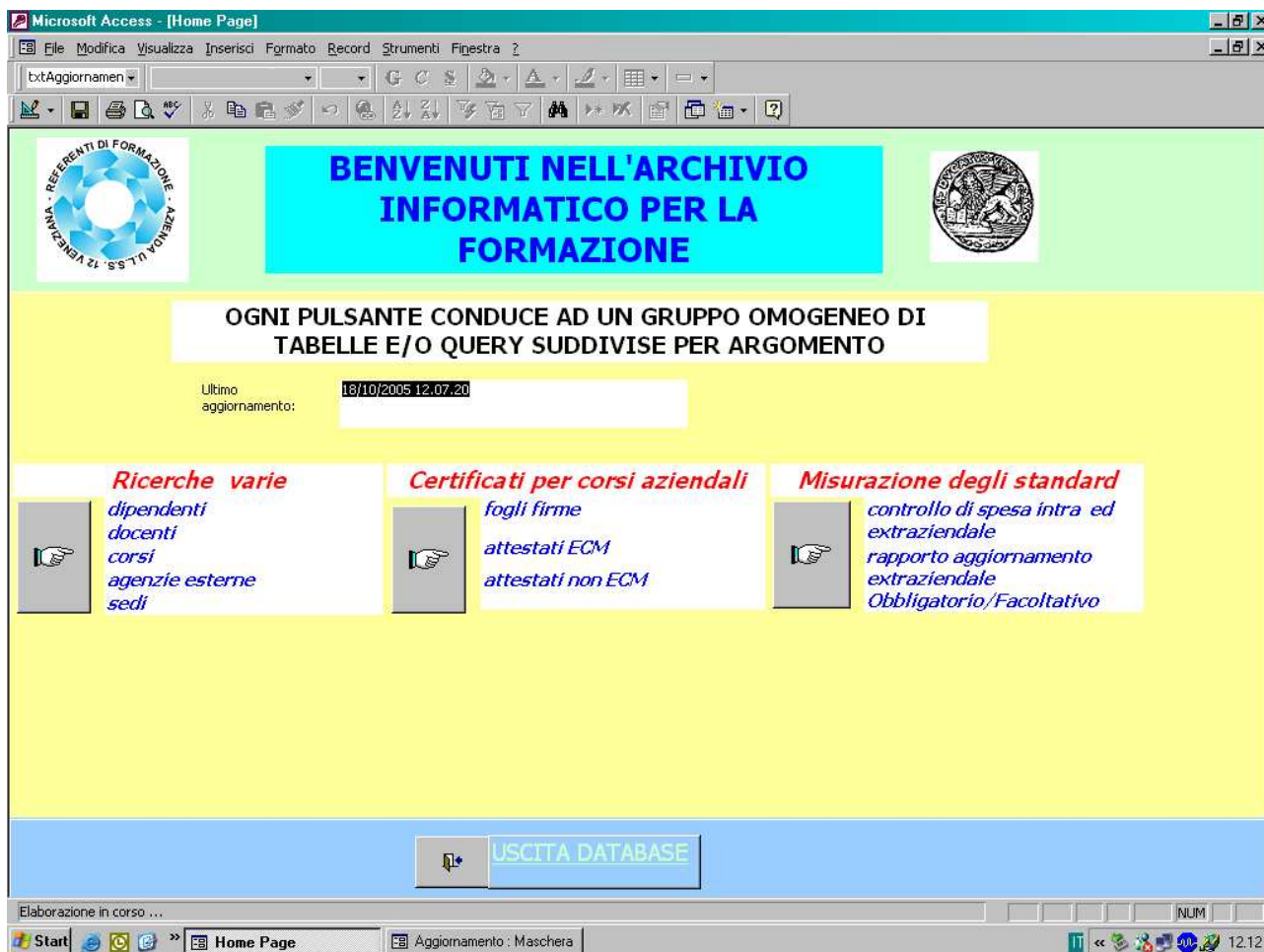
Per ogni Dipartimento possono essere individuati più referenti di formazione.

Organigramma per la formazione permanente aziendale

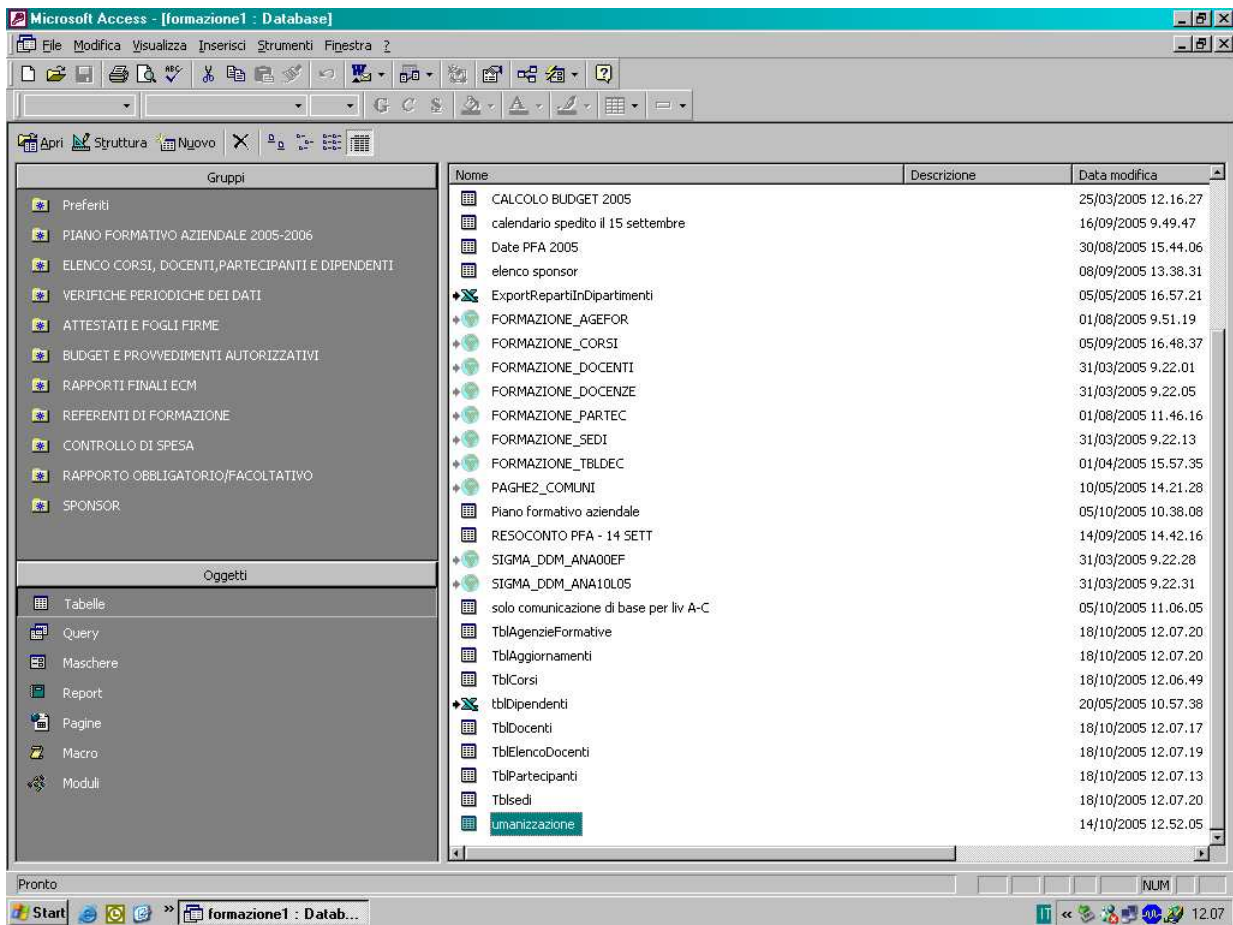


1.3 funzioni del database aziendale per la formazione continua

Il database per la formazione permanente creato con Access 2000 è stato realizzato appositamente per il responsabile dell' ufficio formazione e per poche altre persone per poter gestire le richieste di partecipazione ai corsi (quindi poter definire il piano formativo aziendale in base ai posti disponibili nelle varie edizioni), l'effettiva partecipazione ai corsi attraverso la presenza dei fogli firma, le spese, la gestione dei crediti formativi, la creazione di appositi report di valutazione dell'apprendimento alla fine dei corsi ecc.... Questo database utilizza delle tabelle importate da AS400 riguardo ai corsi di formazione organizzati dall'azienda U.L.S.S 12,(spese, durata, partecipanti, crediti formativi, docenti, ecc..) che è un sistema informatico della famiglia dei server IBM, simile ad un database al quale tutti i dipendenti aziendali possono accedere solo per operazioni di consultazione. La schermata principale del database in Access2000 è riportata in figura:



Come si può vedere nella schermata principale è indicato l'ultimo aggiornamento effettuato. Infatti il database utilizza alcune tabelle in AS400 che vengono aggiornate in modo periodico.



Il database è composto da diverse tabelle, alcune rappresentate con un'icona a forma di mondo perché importate da AS400.

Con questo archivio informatico, in base ai corsi individuati dal piano formativo aziendale, ho potuto creare la query contenente i partecipanti al corso "ospedale senza dolore" (base e avanzato) che mi servirà poi come tabella per il database sull'apprendimento, che verrà illustrato nel 3° capitolo.

Microsoft Access - [formazione1 : Database]

File Modifica Visualizza Inserisci Strumenti Finestra ?

Apri Struttura Nuovo

Gruppi	Nome	Descrizione	Data modifica
Preferiti	16 - lingua inglese_CampiIncrociati		07/10/2005 13.26.41
PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2005-2006	17 - ospedale senza dolore (corso base)		05/10/2005 9.50.10
ELENCO CORSI, DOCENTI, PARTECIPANTI E DIPENDENTI	18 - ospedale senza dolore (corso avanzato)		04/10/2005 11.21.48
VERIFICHE PERIODICHE DEI DATI	2 - tecniche comunicative (corso base)		15/09/2005 13.39.15
ATTESTATI E FOGLI FIRME	3 - tecniche comunicative (corso avanzato)		15/09/2005 14.30.14
BUDGET E PROVVEDIMENTI AUTORIZZATIVI	4 - Data base Access		15/09/2005 15.17.34
RAPPORTI FINALI ECM	5 - internet e posta elettronica		15/09/2005 13.51.14
REFERENTI DI FORMAZIONE	6 - analisi e progettazione dei processi lavorativi		15/09/2005 14.27.06
CONTROLLO DI SPESA	8 - Evidence based Practice		15/09/2005 14.04.17
RAPPORTO OBBLIGATORIO/FACOLTATIVO	Agenzie form: indirizzi doppi		31/03/2005 16.22.35
SPONSOR	Agenzie formative: nomi doppi		31/03/2005 16.22.46
	AnagraficaDipendenti		04/04/2005 10.21.40
	CALCOLO BUDGET 2005 Query		28/06/2005 11.54.02
	CALCOLO BUDGET 2005 Query_CampiIncrociati		01/08/2005 12.02.35
	calendario piano formativo aziendale		17/10/2005 15.00.20
	Corsi		01/04/2005 16.24.21
	Corsi aziendali		28/09/2005 16.57.20
	Corsi non ancora "chiusi"		31/03/2005 16.22.53
	Corsi senza delibera		14/04/2005 10.49.39
	curriculum formativo dipendenti (sottomaschera)		29/04/2005 13.13.44
	Delibera e budget per i corsi		09/09/2005 10.19.09
	Delibera e budget per i partecipanti		29/09/2005 9.49.52
	Docenti		22/02/2005 18.05.29
	elenco dipartimenti (2005)		02/05/2005 9.52.18
	Elenco docenti		05/08/2005 15.21.57
	MATRICE per DOCENTI		27/09/2005 14.49.28
	MATRICE per PARTECIPANTI		14/10/2005 17.25.53

Pronto NUM

Start formazione1 : Datab... 12.09

CAPITOLO 2: Il Trattamento del dolore presso l'ospedale di Mestre

2.1 Premessa: La terapia del dolore

Dai dati di una ricerca Pain in Europe, condotta intervistando 46000 malati di 16 nazioni europee diverse tra le quali il Bel Paese, hanno messo in luce come il problema del dolore cronico sia estremamente diffuso in Europa, ma anche come in Italia vi sia una situazione particolarmente allarmante.

Sono oltre quindici milioni, ovvero il 26% della popolazione, gli italiani malati di dolore cronico.

In Italia i pazienti soffrono di dolore mediamente da 7,7 anni, contro una media europea di 7 anni, e ben il 46% di loro sopporta il dolore cronico da più di 10 anni. Un altro dato fondamentale che è emerso dall'indagine riguarda le terapie.

Infatti oltre la metà dei pazienti trattati per il dolore cronico riferisce che la terapia risulta a volte inadeguata.

In Italia il 55% dei pazienti ha infatti assunto e poi smesso di assumere i farmaci prescritti per il dolore (26% è la media europea) e più della metà (58%) dei pazienti italiani non tratta in alcun modo il dolore (in Europa sono il 31%, pur sempre una percentuale altissima).

In Italia solo il 22% dei pazienti prende regolarmente i farmaci prescritti (in Europa sono il 52%, più del doppio che in Italia) e di questi la stragrande maggioranza assume Fans (il 68%, rispetto al 44% in Europa).

I Fans, Farmaci Anti Infiammatori Non Steroidei sono analgesici ad azione periferica cioè agiscono sull'area sensitiva del tessuto in cui è generata la causa del dolore, perciò in periferia. Possono essere sia da banco (ad esempio il Nimesulide e l'acido acetilsalicilico, l'aspirina per intenderci) sia da prescrizione. L'azione di questi farmaci è piuttosto articolata e varia a seconda del principio attivo considerato. Tutti hanno però in comune un effetto collaterale rilevante ossia la gastrolesività. Gli oppiacei invece agiscono sul sistema nervoso centrale (cervello e midollo spinale) e bloccano la trasmissione degli impulsi dolorifici, definiti anche oppioidi, vengono in genere utilizzati come ultima ratio.

Infatti solo il 9% in Italia assume oppiacei deboli e quasi nessuno viene trattato con oppiacei maggiori, i farmaci più efficaci per il trattamento del dolore cronico grave, assunti dal 12% dei pazienti del regno unito, dall' 11% in Danimarca , dal 13% in Irlanda e dal 5% mediamente in Europa.

Oggi le possibilità terapeutiche con oppiacei maggiori vedono in Italia un bassissimo consumo pro capite e un minor numero di farmaci disponibili sul mercato, rispetto al resto d'Europa.

Va registrato un deciso innalzamento della sensibilità e della competenza degli operatori veneti verso il dolore; ugualmente c'è ancora molto da fare per ridurre gli ostacoli e le reticenze culturali, che ostacolano un corretto approccio al dolore.

L'ostacolo maggiore alla cura del dolore è rappresentato da pregiudizi di ordine culturale, aggravati in passato dalla carenza di strumenti legislativi.

La legislazione in vigore sino a non molto tempo fa, di fatto scoraggiava i medici a prescrivere tali farmaci. Il timore di incorrere in sanzioni anche solo per vizi procedurali o semplici errori nella compilazione delle ricette, infatti, fungeva da insuperabile deterrente.

La situazione almeno da un punto legislativo è mutata in maniera significativa, ma le statistiche che testimoniano il basso uso di morfina in Italia, uno degli indicatori ritenuto importante dall'O.m.s per giudicare l'evoluzione del S.s.n di un paese, ci collocano agli ultimi posti nel mondo.

Quasi sempre il dolore viene ancora oggi concepito dal medico come mero sintomo, il segno di un danno e quindi la sua sedazione non è sempre giustificabile; il malato invece lo vive come un problema, cioè come una condizione che pervade tutti i piani della sua esistenza, li occupa, limitando o impedendo la sua autonomia e la sua partecipazione alla vita quotidiana, allargando la sua sofferenza oltre i confini fisici per quelli umani e relazionali.

Dura a morire è anche la tendenza ad associare gli "oppiacei" alle droghe, sulla base di radicati e ingiustificabili preconcetti.

La paura di cadere nella dipendenza e il timore che le possibilità di controllo del dolore diminuiscano nel tempo utilizzando lo stesso dosaggio di oppiacei, sono ulteriori forti deterrenti all'utilizzo di questi farmaci.

Soprattutto, è importante che il malato possa esprimere il proprio stato e venga riconosciuto nella sua sofferenza, e quindi possa essere curato secondo il suo desiderio e le sue convinzioni. Per questo la regione Veneto ha aderito al programma nazionale detto "ospedali senza dolore", allargandone l'impegno a tutte le condizioni di sofferenza.

Va inoltre ricordato che combattere il dolore soprattutto dopo un intervento chirurgico (infatti rappresenta l'80% della sofferenza vissuta in ospedale) consente al paziente di superare più in fretta la convalescenza e quindi accelerare la guarigione, limitando i tempi di degenza e quindi i costi a carico del servizio sanitario nazionale.

2.2 Ipotesi di ricerca, metodi e strumenti di raccolta dati

La scheda seguente è stata realizzata per analizzare gli strumenti e comportamenti di medici e infermieri nell'accertamento e trattamento del dolore.

In particolare le ipotesi di ricerca sono:

- Quali sono le persone che più soffrono il dolore all'interno dei reparti di degenza chirurgica?
- Come viene accertato il livello e la qualità del dolore ?
- Quali trattamenti farmacologici e non farmacologici vengono messi in atto ?

È stata elaborata una scheda apposita per raccogliere le informazioni trascritte in diario infermieristico, grafica termometrica ed altra documentazione sanitaria.

Ogniqualevolta si è ritrovata una segnalazione di dolore, alcuni infermieri appartenenti al gruppo di progetto hanno trascritto le informazioni relative all'accertamento ed al trattamento in una apposita scheda.

Ciò è avvenuto il 16 settembre 2005, con una valutazione a posteriori per tre giorni.

SCHEDA SULLE MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DEL DOLORE

consultare il diario infermieristico per i tre giorni precedenti e compilare ogniqualvolta è annotato "dolore"

Unità operativa _____

Sigla identificativa del paziente (iniziali di cognome-nome): Sesso: M F

Anno di nascita _____ Diagnosi di ingresso _____

Pre-Intervento chirurgico Post-intervento Data di ingresso: ___ / ___ / 2005

ACCERTAMENTO DEL DOLORE

Viene indicata l'intensità? No Sì

Se sì, come: *Aggettivo (forte, lieve, ecc.)* _____

Numero (3/10, 2/5, ecc.) _____

Altro ("più di ieri", ecc.) _____

Viene indicata la localizzazione (addome, ferita chirurgica, ecc.)? Sì No

Se sì, come: _____

Vi sono aggettivi qualificativi caratterizzanti il dolore (bruciante, pulsante, ecc.)? No Sì

Se sì indicare quali _____

Viene indicato da quanto tempo soffre il paziente? Sì No

Se si indicare da quanto tempo (3 ore, 20 minuti, ecc.) o da che intervallo (da stamattina, dopo l'intervento, ecc.) _____

TRATTAMENTO

È stato somministrato un farmaco analgesico? No Sì

Se sì, indicare quale (principio attivo, dosaggio, ...): _____

Con quale indicazione:

Al bisogno *Ad orario (eventualmente anticipato)* *Su prescrizione occasionale*

Sono stati somministrati placebo? No Sì

Ha una terapia analgesica in infusione continua (pompa, elastomero, ecc.) No Sì

Se sì, indicare quale (principio attivo, dosaggio, ...) e da quanto tempo: _____

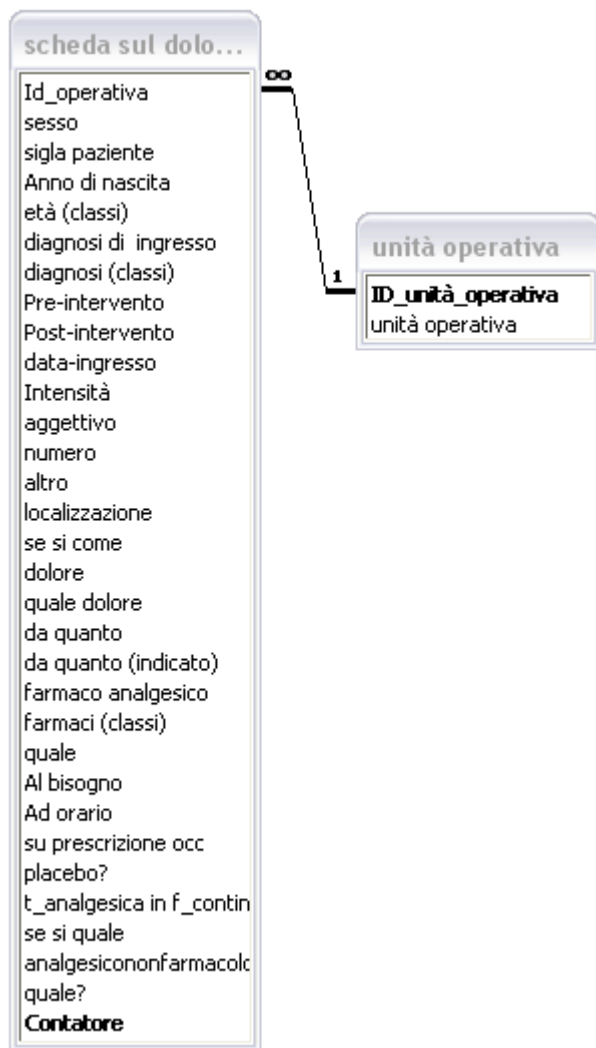
È stato somministrato un trattamento analgesico non farmacologico ? No Sì

Se sì, indicare quale (postura, rilassamento, ecc.): _____

2.3 Database struttura generale e funzioni

Per poter analizzare i dati ho predisposto un database composto da due tabelle (scheda sul dolore e unità operativa) in modo che una volta inseriti i dati fosse facile gestirli ed effettuare delle statistiche per meglio rispondere alle ipotesi di ricerca.

Nello schema seguente si può vedere la struttura del database (i campi segnati in grassetto indicano le chiavi primarie).



Inoltre ho realizzato una maschera in Access per facilitare l’inserimento dei dati relativi alla “scheda sulle modalità di registrazione del dolore”, come si può vedere nella figura seguente:

Microsoft Access - [scheda sul dolore2]

File Modifica Visualizza Inserisci Formato Record Strumenti Finestra ? Digitare una domanda.

SCHEDA SULLE MODALITA' DI REGISTRAZIONE DEL DOLORE

Unità operativa sigla paziente sesso

Anno di nascita diagnosi di ingresso

Pre-intervento Post-intervento data-ingresso

ACCERTAMENTO DEL DOLORE

Intensità

numero altro

localizzazione se si come

dolore quale dolore

da quanto da quanto (indicat

TRATTAMENTO

farmaco analgesico quale

Al bisogno Ad orario su prescrizione

placebo?

t_analgesica in f_continua

se si quale

analgesico non farmacologico

quale?

Contatore

Record: 1 di 83

Visualizzazione Maschera

start Stage paolo Tesi Paolo - Microsoft... database acc dolore :... scheda sul dolore2 IT 15.18

Per studiare i comportamenti e gli strumenti adottati da medici e infermieri per gestire l'accertamento e il trattamento del dolore ho creato una serie di query dalle quali elaborare statistiche e grafici sulla base delle esigenze del progetto di studio dell'ufficio formazione.

Con la prima query di selezione, che si può vedere nella figura seguente, si è creato un nuovo campo età realizzato con la seguente formula (età:2005-[Anno di nascita]) per cogliere meglio la distribuzione del campione.

Ulteriori query sono state create per analizzare la distribuzione del campione in base all'unità operativa cioè in base ai reparti di degenza chirurgica da cui i pazienti sono stati trattati e tenendo conto della diagnosi d'ingresso opportunamente suddivisa in classi.

Microsoft Access - [numero pazienti : Query a campi incrociati]

File Modifica Visualizza Inserisci Formato Record Strumenti Finestra ? Digitare una domanda.

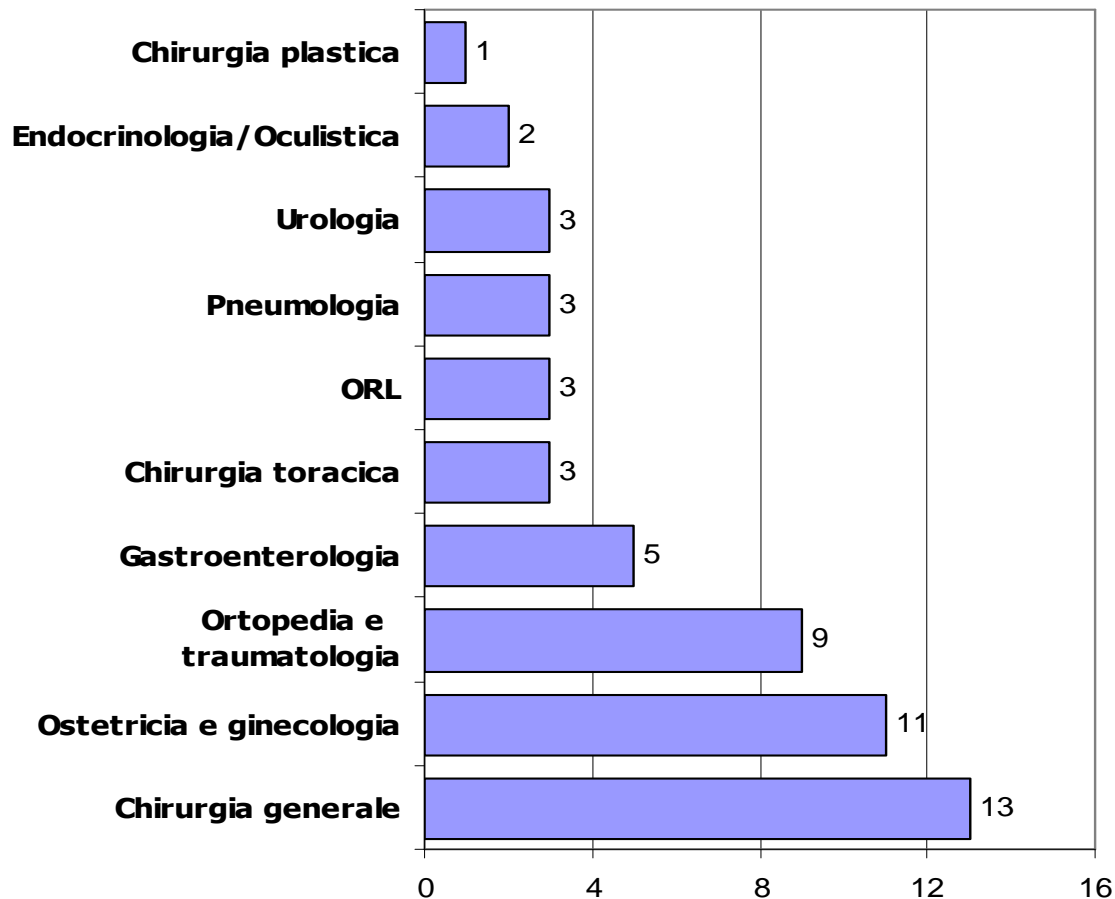
sigla paziente	età	età (classi)	unità operativa	diagnosi (classi)	Totale di Id_ope	F	M
AA	20	20 - 29	Ostetricia e ginecologia	gravanza fisiologica o complicata	3	3	
AC	25	20 - 29	Ostetricia e ginecologia	gravanza fisiologica o complicata	3	3	
AO	54	50 - 59	Ostetricia e ginecologia	patologie uterine	2	2	
BE	57	50 - 59	Ortopedia e traumatologia	patologie osteoarticolari non traumatiche	1		
BM	38	30 - 39	Ostetricia e ginecologia	gravanza fisiologica o complicata	2	2	
BM	73	70 - 79	Chirurgia generale	patologie neoplastiche a localizzazione varia	1		
BO	76	70 - 79	Ortopedia e traumatologia	frattura ossea	2	2	
CG	64	60 - 69	Chirurgia generale	patologie addominali (ernie, emorragie, occlusioni, ...)	2		
CG	95	> 90	Chirurgia generale	patologie addominali (ernie, emorragie, occlusioni, ...)	1		
CN	27	20 - 29	Ostetricia e ginecologia	gravanza fisiologica o complicata	2	2	
DA	40	40 - 49	Ortopedia e traumatologia	frattura ossea	1	1	
DE	80	80 - 89	Pneumologia	patologie polmonari	1	1	
DO	84	80 - 89	Ortopedia e traumatologia	patologie osteoarticolari non traumatiche	2		
DR	53	50 - 59	Chirurgia generale	patologie epatiche o pancreatiche	1		
DS	21	20 - 29	Chirurgia generale	patologie addominali (ernie, emorragie, occlusioni, ...)	1	1	
FA	46	40 - 49	Chirurgia generale	patologie neoplastiche a localizzazione varia	5		
FA	54	50 - 59	Chirurgia generale	patologia non specificata (es. segni, sintomi o form...	1		
FD	67	60 - 69	Chirurgia generale	patologie addominali (ernie, emorragie, occlusioni, ...)	2		
FM	59	50 - 59	Ortopedia e traumatologia	frattura ossea	1		
FP	63	60 - 69	Chirurgia generale	patologie addominali (ernie, emorragie, occlusioni, ...)	1	1	
FS	64	60 - 69	ORL	patologie neoplastiche a localizzazione varia	1		
GG	64	60 - 69	Chirurgia plastica	patologia non specificata (es. segni, sintomi o form...	4		
GM	22	20 - 29	Ortopedia e traumatologia	frattura ossea	3	3	
GM	64	60 - 69	Ortopedia e traumatologia	frattura ossea	1		
GR	82	80 - 89	ORL	patologia non specificata (es. segni, sintomi o form...	1		
GS	77	70 - 79	Gastroenterologia	patologie epatiche o pancreatiche	3	3	
IM	19	< 20	Ortopedia e traumatologia	patologie osteoarticolari non traumatiche	2		
MB	54	50 - 59	Gastroenterologia	patologie epatiche o pancreatiche	1		
MD	58	50 - 59	Chirurgia toracica	patologie neoplastiche a localizzazione varia	1		
ME	33	30 - 39	Pneumologia	patologia non specificata (es. segni, sintomi o form...	1	1	
ML	64	60 - 69	Endocrinologia/Oculistica	patologie ghiandolari	1		
ML	80	80 - 89	Gastroenterologia	patologie epatiche o pancreatiche	1	1	
NN	72	70 - 79	Chirurgia generale	patologie neoplastiche a localizzazione varia	1	1	
NA	74	70 - 79	Gastroenterologia	patologie epatiche o pancreatiche	1		

Record: 1 di 53

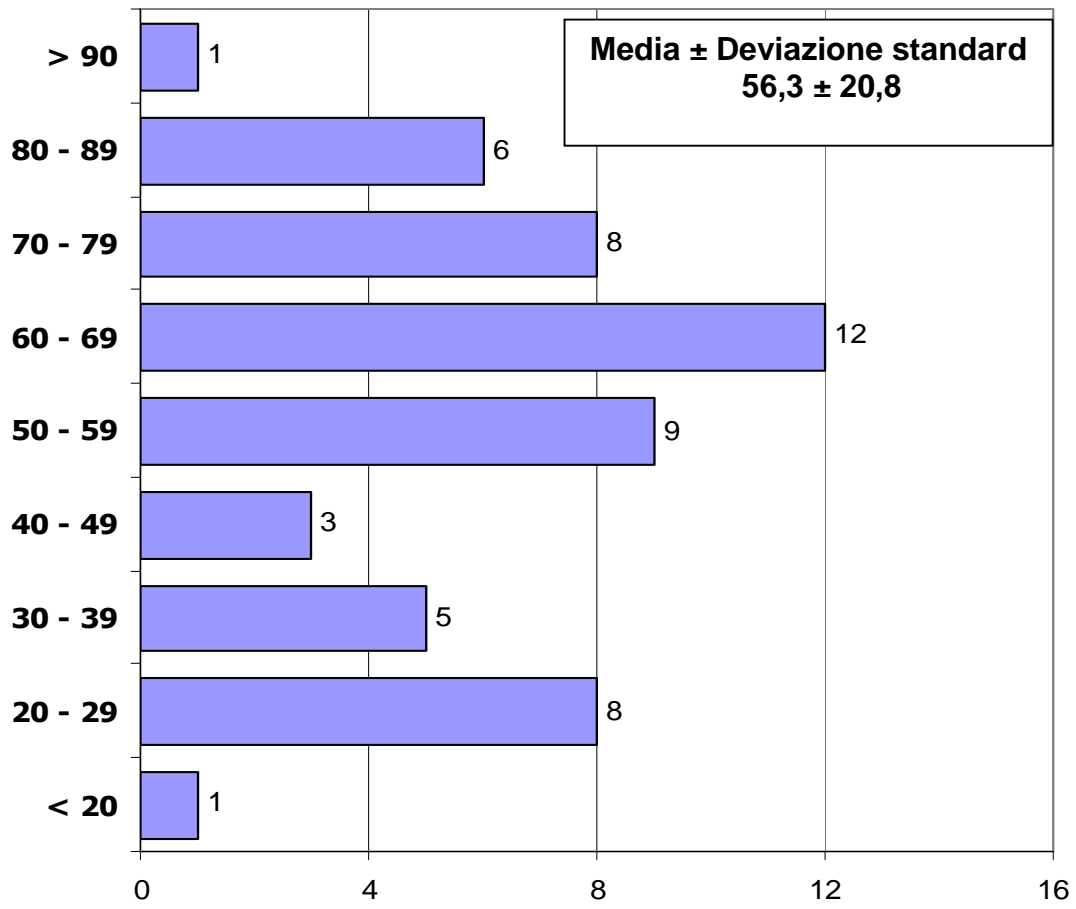
Visualizzazione Foglio dati

start Tesi Paolo - ... Libero Ricerc... Posta in arriv... progr (H:) database_dol... numero pazie... IT 10.49

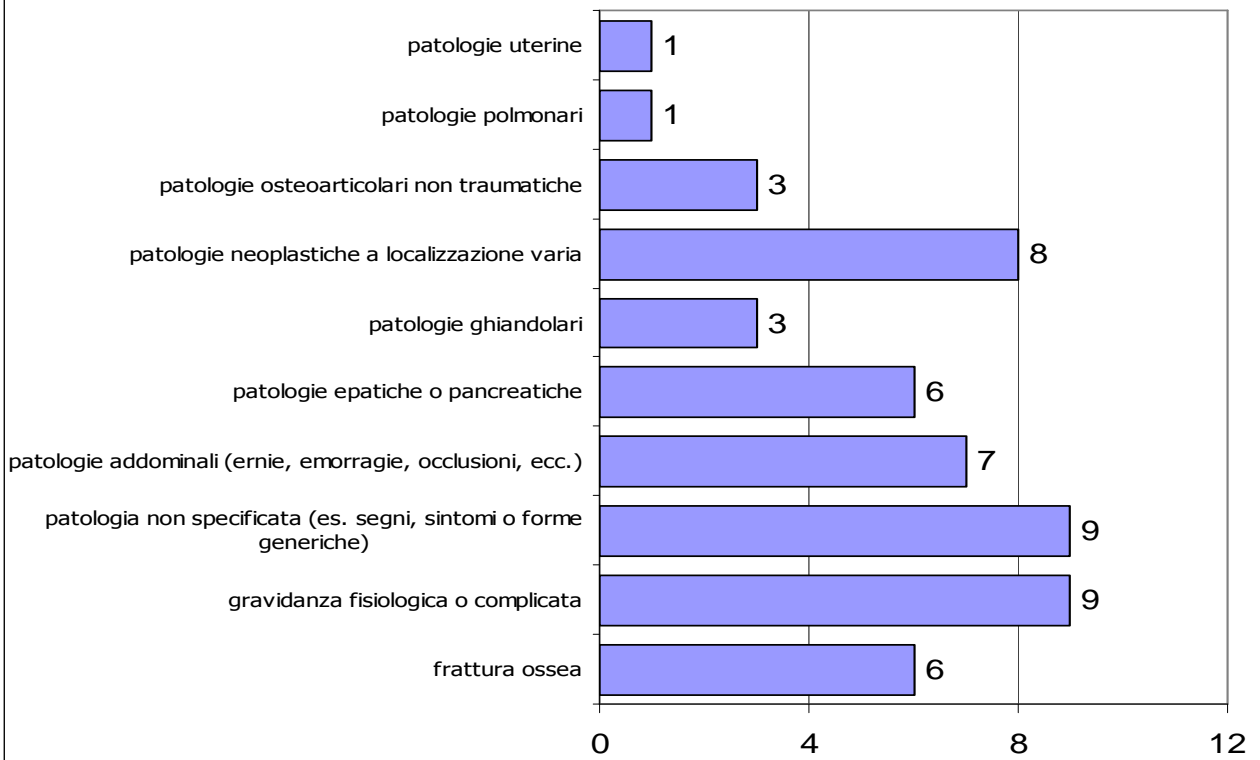
Distribuzione per Unità Operativa.

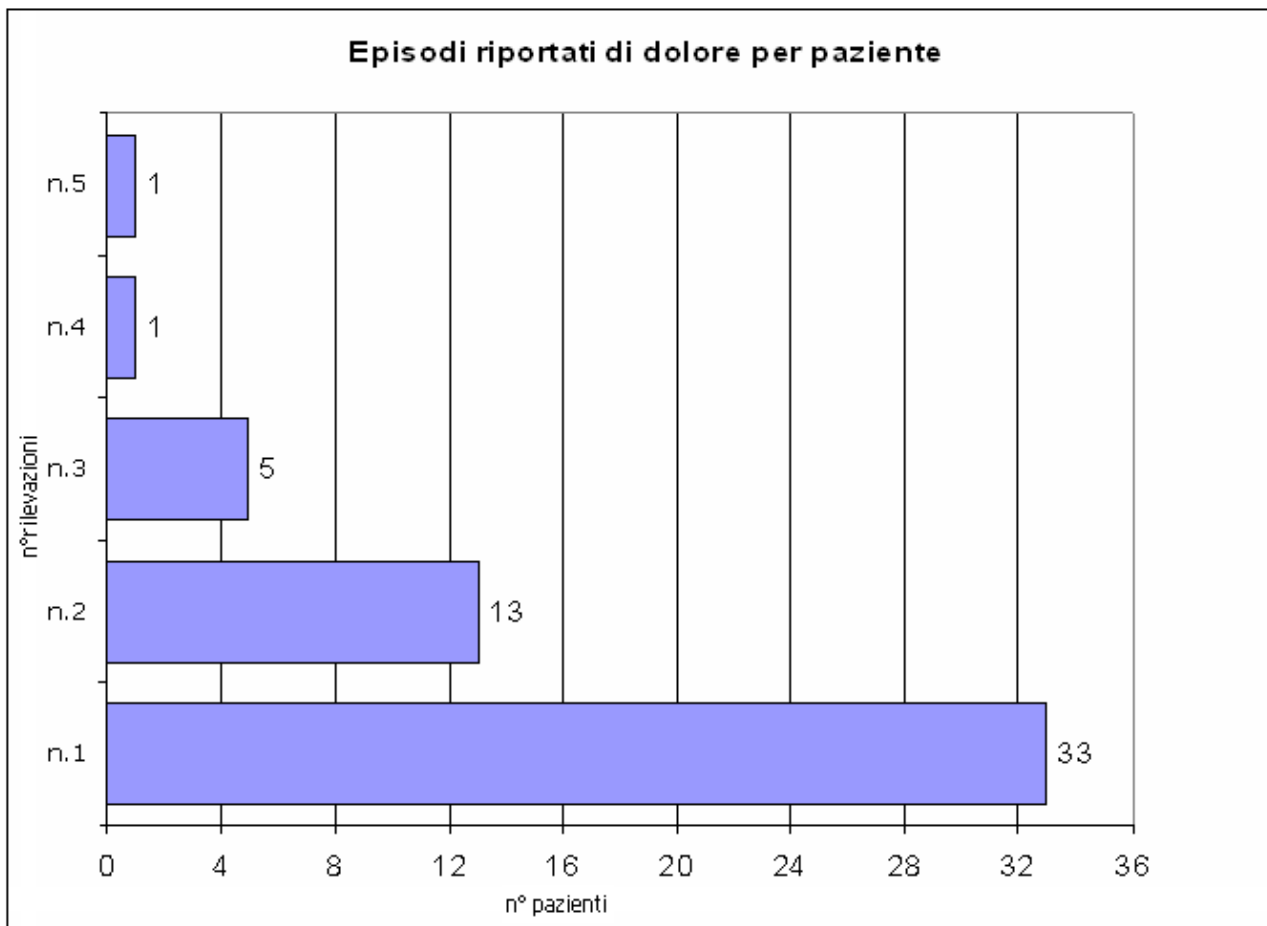


Distribuzione per età



Distribuzione per diagnosi di ingresso





2.5 I risultati: conclusioni.

Per quanto riguarda l'accertamento del dolore sono:

solo **5 volte** (6%) è stata descritta la severità con l'aggettivo "forte", mai con *un numero*

12 volte (14,5%) è stata descritta la localizzazione del dolore (**cefalea, ferita chirurgica, algie addominali, algie generalizzate**)

solo **1 volta** (1,2%) è stato descritto il tipo di dolore (**continuo terribile**)

mai è stato indicato da quanto il paziente soffre di dolore

I risultati per quanto riguarda il trattamento sono:

79 volte (93,3%) è stato somministrato un farmaco analgesico, tra cui:

12 volte con somministrazione ad orario (eventualmente anticipata)

25 volte su prescrizione occasionale

1 volta sia su prescrizione occasionale, sia con somministrazione ad orario.

36 volte al bisogno

5 volte non indicato

Mentre i farmaci analgesici somministrati sono:

un **FANS** per 52 volte (utilizzati in maggioranza nella *gravidenza fisiologica o complicata*, nelle *patologie non specificate* (es. segni, sintomi o forme generiche), nelle *patologie ghiandolari* e nelle *patologie uterine*) cioè dove spesso sono presenti forme di dolore meno grave.

In **21 casi** era già in corso una terapia analgesica in infusione continua (flebo).

3 volte è stato somministrato un placebo.

mai è stata descritta l'attuazione di un trattamento analgesico non farmacologico.

Per le altre patologie sono stati utilizzati anche:

FANS + un oppiaceo minore per 3 volte.

oppiaceo minore per 20 volte.

oppiaceo maggiore per 3 volte.

Dai risultati riguardo l'accertamento e trattamento del dolore si può notare che non si effettua un monitoraggio regolare e affidabile del dolore (durata, tipologia, intensità, localizzazione). Alcune scale di valutazione del dolore utili per un accertamento sistematico sono illustrate nella pagina seguente.

La realizzazione di routine della valutazione del dolore può essere considerato un passo fondamentale verso una migliore qualità della gestione del dolore, in quanto permette una rapida scoperta degli effetti collaterali del trattamento, una maggiore visibilità professionale degli operatori sanitari, una maggiore gradualità e personalizzazione della cura.

Per ottenere tutto ciò è fondamentale l'utilizzo di protocolli integrati medico-infermiere in cui il ruolo centrale nell'informazione e trattamento del dolore sia l'infermiere, infatti è la figura sanitaria che rimane più a diretto contatto con i pazienti ed è quella che meglio può valutare l'efficacia del trattamento analgesico.

Un esempio di trattamento analgesico per protocolli integrati medico-infermiere (post-operatorio) è:

- ✓ valutazione tramite VAS (o altre scale di misurazione) ogni 3 ore
- ✓ ulteriore misurazione al momento della chiamata e 45 minuti dopo il trattamento
- ✓ trattamento farmacologico standard per valori superiori a 3/10, ripetibile se l'effetto non riporta il valore sotto la soglia
- ✓ se l'effetto è insufficiente anche dopo due somministrazioni, allertamento del medico anestesista

Le scale di valutazione del dolore utili per un accertamento sistematico del dolore sono:

La scala analogica visiva (VAS):

Questa scala lineare è la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che un paziente crede di avvertire. Questa scala può assumere diverse forme, sia come **scala del dolore** che come **scala di sollievo** del dolore.

L'ampiezza è rappresentata da una linea, solitamente lunga 10cm (sembra essere la misura ottimale), con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro.

Un'estremità indica l'assenza di dolore, mentre l'altra rappresenta il peggiore dolore immaginabile.

Altre varianti di VAS comprendono una linea calibrata e numerata lunga 10cm o una serie di riquadri adiacenti, numerati da 0 a 10. In questo caso viene chiamata anche **Scala numerica (Numeric Rating Scale)**.

La scala viene compilata dal paziente, al quale viene chiesto di tracciare sulla linea un segno che rappresenti il livello di dolore provato.

La distanza misurata in millimetri, partendo dall'estremità che indica l'assenza di dolore, rappresenta la misura della particolare modalità da quantificare.

Questa prova può essere facilmente ripetuta nel tempo e viene compresa dalla maggior parte dei pazienti. Anche i bambini al di sopra dei 7 anni possono comprenderlo.

E' ben più accurata di una scala di categorie verbali di sollievo del dolore.

Uno svantaggio di questo test sta che l'esecuzione richiede una certa coordinazione visiva e motoria, non tutti i pazienti possono eseguire una VAS (ad esempio nell'immediato post operatorio). Un'altra critica riguarda i limiti imposti con gli estremi assoluti.

Sebbene "l'assenza di dolore" o il "sollievo completo" siano inconfutabilmente una misura assoluta, l'altro estremo non può essere considerato tale."Il peggior dolore immaginabile" non lascia spazio a un dolore persino peggiore in un momento successivo.

Una variante della VAS è la scala di sollievo del dolore, per la quale gli estremi definiscono appunto il grado di sollievo. Al paziente viene chiesto di segnare, sulla linea fra i due estremi, l'entità del dolore rispetto a un momento precedente.

Ha delle varianti adatte per i bambini, quella con una serie di espressioni facciali che vanno dal viso sorridente al pianto, e per le persone con difficoltà cognitive la (scala dei grigi). La presenza di una di queste scale nella documentazione clinica è considerato un fattore fondamentale di qualità dell'assistenza dei malati con dolore.

Scala di valutazione verbale (VRS):

Questo tipo di scala è la più semplice , e ha la maggior probabilità di completamento, in quanto molti pazienti preferiscono quelle verbali a quelle analogiche visive o numeriche.

Le scale definiscono l'intensità del dolore come lieve, moderato, grave o assente; oppure: dolore assente, lieve, fastidioso, penoso, orribile e atroce.

Sono semplici e agevoli da somministrare. Allo stesso modo il sollievo del dolore può essere definito come assente, lieve , moderato o buono.

La scala verbale è limitata dal fatto che offre un numero ristretto di termini per rappresentare il dolore e pertanto non consente una fine valutazione dello stesso.

Scala numerica verbale (VNS):

E' una semplice scala di valutazione del dolore, molto simile alla VAS. E' lineare e ha con quest'ultima una buona concordanza. La VNS viene facilmente compresa dal paziente che sceglie semplicemente un numero tra 0 e 10 per rappresentare il livello di dolore.

Nessun dolore---0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10--- il peggior dolore immaginabile. La VNS elimina la necessità della coordinazione visiva e motoria richiesta per eseguire la VAS e offre quindi maggiori possibilità di completamento. Un'altra scala di sollievo del dolore costituisce una variante della scala numerica verbale. Gli estremi definiscono il grado di sollievo del dolore; lo zero indica nessun sollievo, mentre il 10 indica un sollievo completo.

Nessun sollievo ---0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10--- Sollievo completo.

Misure soggettive multidimensionali:

Comprendono il **diario del dolore**, cioè l'esposizione personale orale o scritta con annotazione del dolore in relazione ad esperienze e comportamenti quotidiani; le **mappe del dolore**, che consistono in un diagramma che rappresenta una figura umana sul quale sono riportate la sede e l'irradiazione del dolore avvertito; i **questionari**, composti da un elenco di parole che descrivono la dimensione affettiva, sensoriale, e cognitiva del dolore; le scale, che danno un indicazione numerica. Ciascuna misura ha vantaggi e limiti; ad esempio il limite principale dei questionari è di essere lunghi ed utilizzare termini non conosciuti, che non rientrano nel linguaggio comune. Uno mezzo semplice ed efficace è lo schema di intervista che deve rispondere a queste domande:

- cosa lo provoca (e cosa lo allevia)
- qualità (punge, stappa, opprime)
- irradiazione (dov'è e dove si irradia)
- severità o intensità
- tempo (continuo, discontinuo, si accentua di notte)

Per far conoscere e promuovere questi e altri strumenti per l'accertamento e il trattamento del dolore il Veneto ha organizzato due corsi "ospedale senza dolore" (base e avanzato). Nel prossimo capitolo affrontò la realizzazione di un database sull'apprendimento di questi due corsi.

CAPITOLO 3: Database sull' apprendimento nel corso "ospedale senza dolore"

3.1 L'idea alla base della costruzione del database:

L'ufficio formazione alla fine di ogni corso predispose una serie di report nel quale si accerta l'effettiva partecipazione (attraverso dei fogli firma), il gradimento e l'apprendimento dei partecipanti ad ogni corso per poi effettuare l'accreditamento dei crediti relativi ad ogni partecipante.

In questo caso si è reso fondamentale la creazione di un database per effettuare la verifica dell'apprendimento sul corso "ospedale senza dolore", per la numerosità e la complessità di analisi dei quesiti e per poter effettuare delle elaborazioni statistiche generali sui comportamenti di medici e infermieri.

Per il corso "ospedale senza dolore" (base e avanzato) la scheda relativa all'apprendimento comprende numerosi quesiti (dei Pre-test e Post-test) con domande a risposta a scelta, domande aperte e domande si/no. Le schede dalle quali ho realizzato le tabelle e le maschere per l'inserimento e la gestione dei dati sono le seguenti:



Ospedale senza dolore – corso base PROVA DELL'APPRENDIMENTO

Data: ___ / ___ /2005

Cognome Nome: _____

Pre-Test

1. In un giorno tipo, quanti ricoverati nella tua Unità Operativa, in media, provano dolore almeno una volta al giorno ?

- meno del 20% 41 – 60 % oltre l'80%
 21 – 40 % 61 – 80 %

2. Di solito, quante volte valuti la presenza di dolore in una persona sofferente ? (una sola risposta)

- di routine, ogni 2 ore o meno
 di routine, ogni 2-4 ore
 di routine, ad intervalli superiori alle 4 ore
 in modo variabile, a seconda dell'intensità del dolore o di altre condizioni cliniche (es. tipo di intervento chirurgico, età, ecc.)
 in modo variabile, a seconda delle condizioni organizzative (es. numero di infermieri in servizio, numero e tipo di ricoverati presenti, ecc.)
 solo su richiesta del paziente

3. Con quale frequenza valuti le seguenti caratteristiche del dolore in una persona sofferente ?

	<u>SEMPRE</u>	<u>SPESSO</u>	<u>A VOLTE</u>	<u>MAI</u>
• Durata (es. da 20 minuti, subito dopo l'intervento, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tipologia (es. acuto, pulsante, sordo, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sede anatomica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Intensità (es. lieve/forte, 1/5, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Quali strumenti di misurazione del dolore conosci ?

- Questionario multidimensionale (es. McGill Pain Questionnaire, ...)
 Scala numerica (Numeric Rating Scale)
 VAS (Visual Analogical Scale)
 Scala verbale (Verbal Rating Scale)
 Altro _____

5. Per l'accertamento ed il monitoraggio del dolore in una persona sofferente, effettui una valutazione individuale od utilizzi uno o più strumenti di misura ?

- Valutazione personale o Strumenti di misura:
- Questionario
 - Scala numerica
 - VAS
 - Scala verbale
 - Altro

6. Al momento, le persone con dolore presenti nella tua Unità Operativa ti sembrano trattate efficacemente (è possibile segnare entrambe le risposte) ?

Sì Perché: _____

No Perché: _____

7. Esprimi la tua opinione sulle seguenti affermazioni

	COMPLETAMENTE D'ACCORDO			TOTALE DISACCORDO	
	1	2	3	4	5
È inevitabile che il paziente malato soffra (almeno un po')					
Il numero di chiamate del paziente è un buon indicatore del livello di dolore					
Nessuna terapia analgesica può far scomparire completamente il dolore					
La morfina ad uso terapeutico dà dipendenza					
Il modello teorico bio-medico è il migliore per descrivere l'esperienza del dolore					
Il dolore si può misurare					
In caso di dolore, è sempre bene provare prima con un placebo per evitare effetti collaterali					

8. Qual è la scala di intervento farmaceutico secondo l'OMS (una sola risposta) ?

- FANS + adiuvante; Oppioidi minore + FANS + Adiuvanti; Oppioidi maggiori + FANS + Adiuvanti
- Oppioidi minore, Oppioidi maggiore, FANS
- Adiuvante, FANS + Oppioidi minore, Oppioidi maggiore

- Placebo, FANS + adiuvante, oppioide minore o maggiore
9. **Associa con una freccia il nome commerciale del farmaco alla categoria farmaceutica**

Bentelan (*Betametasone*)

Contramal (*Tramadol*)

Durogesic (*Fentanil*)

Flectadol (*Acetilsalicilato di lisina*)

ADIUVANTE

Laroxyl (*Amitriptilina*)

Muscoril (*Tiocolchicoside*)

Oramorph (*morfina solfato*)

Orudis (*Ketoprofene*)

FANS

Plasil (*Metoclopramide*)

Sulidamor (*Nimesulide*)

Tachipirina (*Paracetamolo*)

Toradol (*Ketorolac*)

OPPIOIDE

Valium (*Diazepam*)

Voltaren (*Diclofenac*)

Zofran (*Ondansetron cloridrato*)



AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO SANITARIA 12 VENEZIANA

Ufficio Formazione ed Aggiornamento – P.le S.Lorenzo Giustiniani 11/d - 30171 - Mestre (Ve);
tel. 041/2607865; fax 041/2607869; e-mail: formazione@ulss12.ve.it

Ospedale senza dolore – corso base PROVA DELL'APPRENDIMENTO

Data: ___ / ___ /2005

Cognome Nome: _____

Post-Test

10. **Qual è la scala di intervento farmaceutico secondo l'OMS (una sola risposta) ?**

- Oppioide minore, Oppioide maggiore, FANS
- FANS + adiuvante; Oppioidi minore + FANS + Adiuvanti; Oppioidi maggiori + FANS + Adiuvanti
- Adiuvante, FANS + Oppioide minore, Oppioide maggiore
- Placebo, FANS + adiuvante, oppioide minore o maggiore

11. Associa con una freccia il nome commerciale del farmaco alla categoria farmaceutica

Bentelan (*Betametasone*)

Contramal (*Tramadol*)

Durogesic (*Fentanil*)

Flectadol (*Acetilsalicilato di lisina*)

Laroxyl (*Amitriptilina*)

Muscoril (*Tiocolchicoside*)

Oramorph (*morfina solfato*)

Orudis (*Ketoprofene*)

Plasil (*Metoclopramide*)

Sulidamor (*Nimesulide*)

Tachipirina (*Paracetamolo*)

Toradol (*Ketorolac*)

Valium (*Diazepam*)

Voltaren (*Diclofenac*)

Zofran (*Ondansetron cloridrato*)

ADIUVANTE

FANS

OPPIOIDE



Ospedale senza dolore – corso avanzato PROVA DELL'APPRENDIMENTO

Data: ___ / ___ /2005

Cognome Nome: _____

Pre-Test

12. In un giorno tipo, quanti ricoverati nella tua Unità Operativa, in media, provano dolore almeno una volta al giorno ?

- meno del 20% 41 – 60 % oltre l'80%
 21 – 40 % 61 – 80 %

13. Di solito, quante volte valuti la presenza di dolore in una persona sofferente ? (una sola risposta)

- di routine, ogni 2 ore o meno
 di routine, ogni 2-4 ore
 di routine, ad intervalli superiori alle 4 ore
 in modo variabile, a seconda dell'intensità del dolore o di altre condizioni cliniche (es. tipo di intervento chirurgico, età, ecc.)
 in modo variabile, a seconda delle condizioni organizzative (es. numero di infermieri in servizio, numero e tipo di ricoverati presenti, ecc.)
 solo su richiesta del paziente

14. Con quale frequenza valuti le seguenti caratteristiche del dolore in una persona sofferente ?

	SEMPRE	SPESSO	A VOLTE	MAI
Durata (es. da 20 minuti, subito dopo l'intervento, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipologia (es. acuto, pulsante, sordo, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sede anatomica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensità (es. lieve/forte, 1/5, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Quali strumenti di misurazione del dolore conosci ?

- Questionario multidimensionale (es. McGill Pain Questionnaire, ...)
 Scala numerica (Numeric Rating Scale)
 VAS (Visual Analogical Scale)
 Scala verbale (Verbal Rating Scale)
 Altro _____

16. Per l'accertamento ed il monitoraggio del dolore in una persona sofferente, effettui una valutazione individuale od utilizzi uno o più strumenti di misura ?

- Valutazione individuale Strumenti di misura: Questionario
 Scala numerica
 VAS
 Scala verbale
 Altro

17. Al momento, le persone con dolore presenti nella tua Unità Operativa ti sembrano trattate efficacemente (è possibile segnare entrambe le risposte) ?

Sì Perché: _____

No Perché: _____

18. Esprimi la tua opinione sulle seguenti affermazioni

	COMPLETAMENTE D'ACCORDO			TOTALE DISACCORDO	
	1	2	3	4	5
È inevitabile che il paziente malato soffra (almeno un po')					
Il numero di chiamate del paziente è un buon indicatore del livello di dolore					
Nessuna terapia analgesica può far scomparire completamente il dolore					
La morfina ad uso terapeutico dà dipendenza					
Il modello teorico bio-medico è il migliore per descrivere l'esperienza del dolore					
Il dolore si può misurare					
In caso di dolore, è sempre bene provare prima con un placebo per evitare effetti collaterali					

19. Qual è la scala di intervento farmaceutico secondo l'OMS (una sola risposta) ?

- FANS + adiuvante; Oppioidi minore + FANS + Adiuvanti; Oppioidi maggiori + FANS + Adiuvanti
- Oppioidi minore, Oppioidi maggiore, FANS
- Adiuvante, FANS + Oppioidi minore, Oppioidi maggiore
- Placebo, FANS + adiuvante, oppioidi minore o maggiore

20. Associa con una freccia il nome commerciale del farmaco alla categoria farmaceutica

Bentelan (*Betametasone*)

Contramal (*Tramadol*)

Durogesic (*Fentanyl*)

Flectadol (*Acetilsalicilato di lisina*)

Laroxyl (*Amitriptilina*)

Muscoril (*Tiocolchicoside*)

Oramorph (*morfina solfato*)

Orudis (*Ketoprofene*)

Plasil (*Metoclopramide*)

Sulidamor (*Nimesulide*)

Tachipirina (*Paracetamolo*)

Toradol (*Ketorolac*)

Valium (*Diazepam*)

Voltaren (*Diclofenac*)

Zofran (*Ondansetron cloridrato*)

ADIUVANTE

FANS

OPPIOIDE

21. Quali trattamenti analgesici non farmacologici (infermieristici) conosci ?

- Interventi posturali
- Tecniche di immaginazione guidata
- Tecniche respiratorie
- Tecniche di rilassamento muscolare auto-indotto dal paziente
- Tecniche di massaggio
- Tecniche di distrazione
- Altro _____

22. Per il trattamento del dolore in una persona sofferente, utilizzi una o più tecniche infermieristiche non farmacologiche (più di una risposta) ?

- Interventi posturali
- Tecniche di immaginazione guidata
- Tecniche respiratorie
- Tecniche di rilassamento muscolare auto-indotto dal paziente
- Tecniche di massaggio
- Tecniche di distrazione
- Altro _____

3.2 Struttura generale e funzioni:

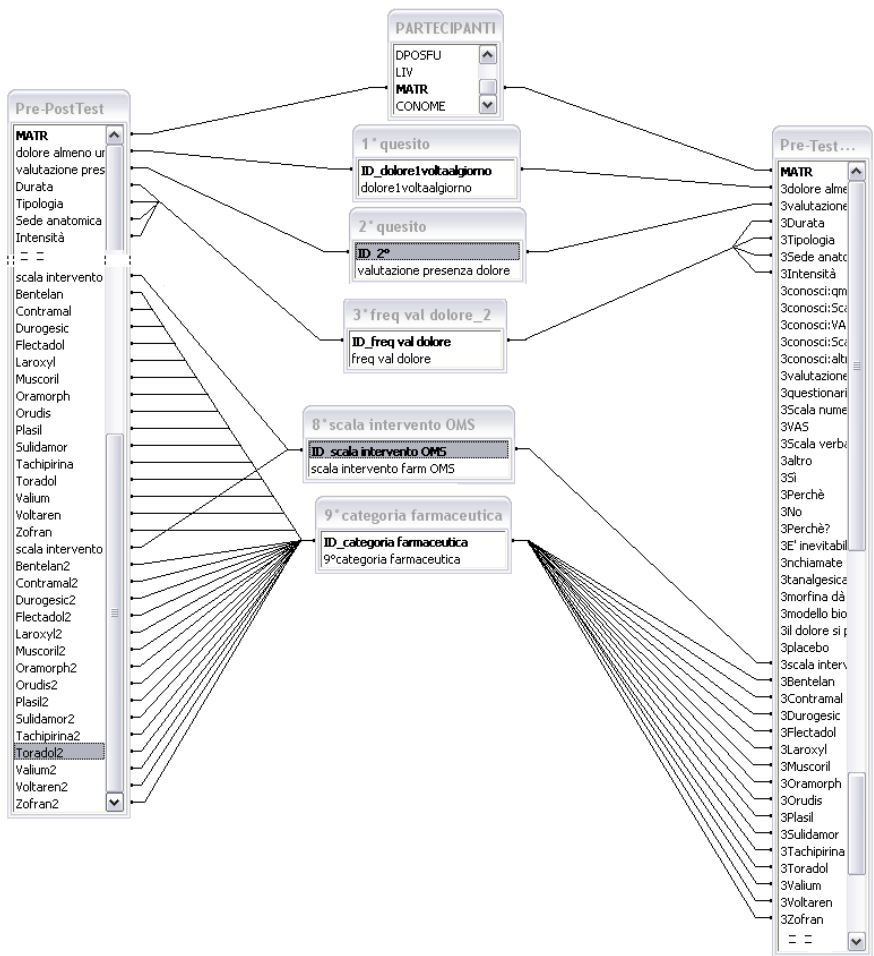
“Ospedale senza dolore” (base e avanzato) sono due corsi con partecipazione assegnata d’ufficio cioè i destinatari delle iniziative sono individuati a priori, coerentemente con gli scopi formativi, e vengono convocati nominalmente.

Infatti sono stati assegnati gli stessi partecipanti sia per il corso base che per quello avanzato, anche per un confronto dei test sull’apprendimento effettuato dai partecipanti alla fine dei corsi.

Alcune domande dei test verificano le conoscenze e gli strumenti adottati per l’accertamento del dolore mentre altre i trattamenti utilizzati per eliminare o ridurre il dolore.

I Pre-Post test (del corso base) e I Pre-test (del corso avanzato) sono stati inseriti mano a mano che arrivavano (su supporto cartaceo) in un database tramite due maschere (una per il corso base e una per l’avanzato). Le edizioni dei corsi base e avanzato però non si sono succedute in modo regolare per cui alla fine dello stage i Pre-Post test (base) erano 123 e I Pre-test (avanzato) 87 cioè 36 in meno. Per cui ho creato due tabelle una per il corso base e una per l’avanzato, una tabella relativa ai potenziali partecipanti al corso importata dal database per la formazione e cinque tabelle riguardo ad alcuni dei quesiti a scelta (1°quesito, 2°quesito, 3°freq val dolore, 8°scala intervento OMS, 9°categoria farmaceutica) per un totale di otto tabelle. Per poter facilitare l’inserimento dei dati ho predisposto 2 maschere (base e avanzato) con delle caselle combinate per facilitare l’inserimento delle risposte a scelta. Dall’inserimento ho potuto notare la presenza di un consistente numero di non risposte ai quesiti.

Nello schema seguente si può vedere una rappresentazione schematica della struttura del database (i campi segnati in grassetto rappresentano le chiavi primarie).



Nella figura sottostante invece è presente la maschera Pre-post test dalla quale sono stati inseriti i dati del corso base.

The screenshot shows a Microsoft Access window titled "[Pre-PostTest]". The form contains the following sections:

- Header:** MATRICOLA: 13384. Question 1: "1. In un giorno tipo, quanti ricoverati nella tua Unità Operativa, in media, provano dolore almeno una volta al giorno?" with a dropdown menu showing "21-40%".
- Question 2:** "2. Di solito, quante volte valuti la presenza di dolore in una persona sofferente? (una sola risposta)" with a dropdown menu "in modo variabile, a seconda d".
- Question 3:** "3. Con quale frequenza valuti le seguenti caratteristiche del dolore in una persona sofferente?" with dropdowns for Durata (SPESSO), Tipologia (SPESSO), Sede anatomica (SEMPRE), and Intensità (SEMPRE).
- Question 4:** "4. Quali strumenti di misurazione del dolore conosci?" with checkboxes for "multidimensionale", "Scala numerica", "VAS", "Scala verbale", and "altro" (with "bieri-wong-Baker" entered).
- Question 5:** "5. Per l'accertamento ed il monitoraggio del dolore in una persona sofferente, effettui una valutazione individuale od utilizzi uno o più strumenti di misura?" with checkboxes for "valutazione personale", "questionario", "Scala numerica", "VAS", "Scala verbale", and "altro".
- Question 6:** "6. Al momento, le persone con dolore presenti nella tua Unità Operativa ti sembrano trattate efficacemente (è possibile segnare entrambe le risposte)?" with "Sì" checked and "Perchè" followed by "viene utilizzata la terapia peridurale post-operatoria controllata dall'anestesista più farr".
- Question 7:** "7. Esprimi la tua opinione sulle seguenti affermazioni" with a list of statements and numerical ratings:
 - È inevitabile che il paziente malato soffra (almeno un po'): 1
 - Il numero di chiamate del paziente è un buon indicatore del livello di dolore: 2
 - Nessuna terapia analgesica può far scomparire completamente il dolore: 1
 - La morfina ad uso terapeutico dà dipendenza: 5
 - Il modello teorico bio-medico è il migliore per descrivere l'esperienza del dolore: 4
 - Il dolore si può misurare: 1
 - In caso di dolore, è sempre bene provare prima con un placebo per evitare effetti collaterali: 5
- Question 8:** "8. scala intervento OMS" with a dropdown menu "Adiuvante, FANS + Oppioide minore, Oppioide maggiore".
- Question 9:** "9. Associa con una freccia il nome commerciale del farmaco alla categoria farmaceutica" with a list of drugs and their categories:
 - Bentelan: ADIUVANTE
 - Contramal: OPPIOIDE
 - Durogesic: OPPIOIDE
 - Flectadol: FANS
 - Laroxyl: non risp
 - Muscoril: ADIUVANTE
 - Oramorph: OPPIOIDE
 - Orudis: FANS
 - Plasil: ADIUVANTE
 - Sulidamor: FANS
 - Tachipirina: ADIUVANTE
 - Toradol: FANS
 - Valium: ADIUVANTE
 - Voltaren: FANS

The bottom of the window shows a record navigation bar with "Record: 1 di 123" and a taskbar with various open applications.

Mentre per il Pre-test (avanzato) ho realizzato un ulteriore maschera simile alla seguente per l'inserimento dei dati.

3.3 Risultati: conclusioni

Per poter verificare l'esito delle risposte ai quesiti ho creato e analizzato diverse query che potranno tornare utili al responsabile dell'ufficio formazione per effettuare altre analisi al termine dello spoglio di tutte le edizioni del corso "ospedale senza dolore" (base e avanzato).

Per poter valutare eventuali miglioramenti, essendo le domande presenti nel Pre-test (avanzato) uguali, tranne le ultime due, alle domande del Pre-test e Post-test (base), ho confrontato le risposte di chi ha seguito sia il corso base che l'avanzato.

Nel complesso sono risultate 85 le persone che hanno partecipato e poi risposto sia al questionario del corso base che a quello del corso avanzato.

1°quesito	Risposte	Risposte
21-40%	24	18
41-60%	18	20
61-80%	16	18
non risp	5	4
oltre 80%	15	15
meno del 20%	7	10
	85	85

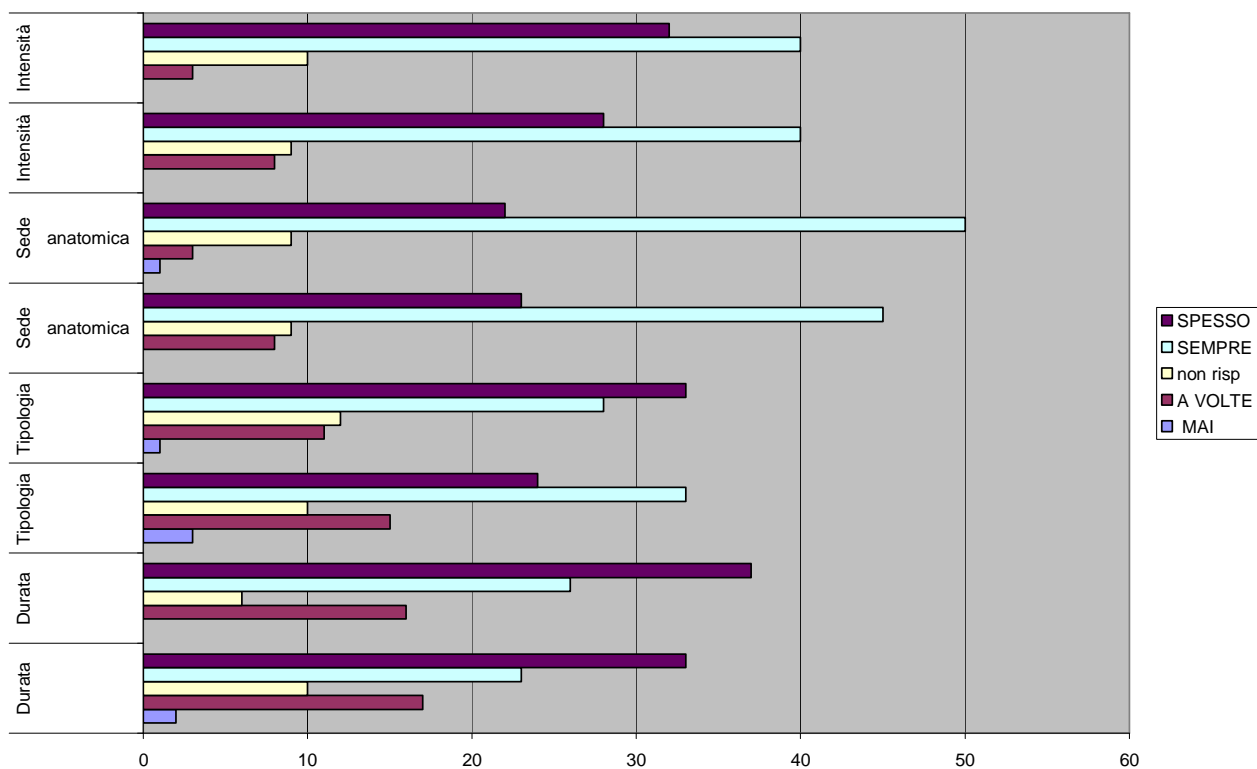
valutazione presenza dolore	Base	Avanzato
di routine, ad intervalli superiori alle 4ore	1	5
di routine,ogni 2 ore o meno	4	4
di routine,ogni 2-4 ore	4	5
in modo variabile, a seconda dell' intensità del dolore o di altre condizioni cliniche (es.tipo di intervento chirurgico, età, ecc..)	58	54
in modo variabile, a seconda delle condizioni organizzative (es. numero degli infermieri in servizio, numero e tipo di ricoverati presenti,ecc.)	3	0
non risp	3	3
solo su richiesta del paziente	12	14
	85	85

Come si può vedere dalla risposte non si nota un significativo cambiamento nella frequenza con la quale viene valutata la presenza di dolore tra il corso base e avanzato anche se sono aumentate leggermente coloro che effettuano una valutazione del dolore di routine.

Nel quesito 3 cioè alla domanda con quale frequenza valuti le caratteristiche del dolore in una persona sofferente le risposte sono state le seguenti:

3°quesito	Pre-test	Pre-test	Pre-test	Pre-test	Pre-test	Pre-test	Pre-test	Pre-test
	base	avanzato	base	avanzato	base	avanzato	base	avanzato
	Durata	Durata	Tipologia	Tipologia	Sede anatomica	Sede anatomica	Intensità	Intensità
MAI	2	0	3	1	0	1	0	0
A VOLTE	17	16	15	11	8	3	8	3
non risp	10	6	10	12	9	9	9	10
SEMPRE	23	26	33	28	45	50	40	40
SPESSO	33	37	24	33	23	22	28	32
	85	85	85	85	85	85	85	85

Dai dati e dal grafico seguente si può notare che non c'è un significativo aumento della frequenza con la quale vengono valutate le caratteristiche del dolore tra il corso base e avanzato mentre per quanto riguarda le caratteristiche del dolore quelle che vengono valutate più frequentemente sono la sede anatomica e l'intensità.



Alla domanda:

Quali strumenti di misurazione del dolore conosci ?

Hanno risposto in modo affermativo le seguenti persone:

Questionario multidimensionale (es. McGill Pain Questionnaire, ...)

Scala numerica (Numeric Rating Scale)

VAS (Visual Analogical Scale)

Scala verbale (Verbal Rating Scale)

Pre-test (base) Altro: valutazione della sintomatologia

Pre-test (avanzato) Altro: scala delle faccette (in pediatria)

Alla domanda "Altro" hanno risposto solo due partecipanti: con la risposta valutazione della sintomatologia si vuole indicare la possibilità di misurare il dolore attraverso i segnali dell'evolversi della malattia. Mentre la scala delle faccette non è altro che una variante della VAS e viene comunemente chiamata scala delle espressioni facciali ed è una misura del dolore usata con i bambini. Infatti non hanno la competenza verbale e la comprensione concettuale degli adulti, né tanto meno sono in grado di compilare una scala analogica visiva prima dei 7 anni. I metodi oggettivi di raccolta dei dati risultano molto più attendibili che negli adulti. Questa scala consiste generalmente in una serie di disegni raffiguranti diverse espressioni facciali, che rappresentano le variazioni di gravità del dolore. Il bambino è chiamato a valutare il suo dolore scegliendo il disegno che rappresenta il livello della propria esperienza.

Dai dati si può osservare che il questionario multidimensionale non è molto conosciuto mentre gli altri strumenti di misurazione lo sono di più anche in relazione al corso successivo “ospedale senza dolore” (avanzato).

Alla domanda: **Per l'accertamento ed il monitoraggio del dolore in una persona sofferente, effettui una valutazione individuale od utilizzi uno o più strumenti di misura ?**

Le risposte sono state le seguenti:

	Pre-test base	Pre-test avanzato
Valutazione individuale	48	45
Questionario multidimensionale (es. McGill Pain Questionnaire, ...)	1	1
Scala numerica (Numeric Rating Scale)	17	23
VAS (Visual Analogical Scale)	34	35
Scala verbale (Verbal Rating Scale)	27	21
Altro	1	0

La risposta più frequente è la valutazione individuale, mentre il questionario multidimensionale è lo strumento meno usato, probabilmente perché meno conosciuto e più complesso da somministrare al paziente.

Tra il corso base e avanzato non c'è un significativo aumento nell'utilizzo di uno o più strumenti di misura.

Alla domanda: **Al momento, le persone con dolore presenti nella tua Unità Operativa ti sembrano trattate efficacemente** (è possibile segnare entrambe le risposte) ?

Le risposte sono state nella maggioranza positive cioè hanno risposto che le persone con dolore sono trattate efficacemente nel Pre-test base mentre nell'avanzato le risposte sì e no sostanzialmente si eguagliano, forse per una maggiore conoscenza dei comportamenti e strumenti necessari per una migliore assistenza del malato.

	Pre-test base	Pre-test avanzato
sì	49	48
no	38	47

Le risposte alle seguenti affermazioni presenti nel Pre-test base e nel Pre-test avanzato sono indicate nella tabella seguente.

I numeri segnati in grassetto indicano le risposte al Pre-test base mentre gli altri numeri le risposte al Pre-test avanzato.

	COMPLETAMENTE D'ACCORDO			TOTALE DISACCORDO	
	1	2	3	4	5
È inevitabile che il paziente malato soffra (almeno un po')	11 10	16 7	9 17	15 18	27 31
Il numero di chiamate del paziente è un buon indicatore del livello di dolore	5 4	10 17	26 28	23 20	18 16
Nessuna terapia analgesica può far scomparire completamente il dolore	1 2	9 9	9 12	21 24	36 35
La morfina ad uso terapeutico dà dipendenza	5 5	9 7	18 9	14 30	32 32
Il modello teorico bio-medico è il migliore per descrivere l'esperienza del dolore	4 7	7 8	21 42	6 4	8 7
Il dolore si può misurare	36 49	37 23	6 3	1 3	2 5
In caso di dolore, è sempre bene provare prima con un placebo per evitare effetti collaterali	3 0	4 1	13 7	21 23	41 52

Come si può vedere, dalla seguente tabella, per verificare meglio il livello di accettazione delle seguenti affermazioni ho calcolato la media delle risposte di ognuna e verificato se sia più vicina all'1 o al 5.

Inoltre ho riscontrato alcune non risposte alle seguenti affermazioni che in generale sono più frequenti nel Pre-test base.

	media delle risposte		non risposte ai quesiti	
	Base	avanzato	base	Avanzato
È inevitabile che il paziente malato soffra (almeno un po')	3,397436	3,638554	7	2
Il numero di chiamate del paziente è un buon indicatore del livello di dolore	3,47561	3,317647	3	0
Nessuna terapia analgesica può far scomparire completamente il dolore	4,078947	3,987805	9	3
La morfina ad uso terapeutico dà dipendenza	3,75641	3,927711	7	2
Il modello teorico bio-medico è il migliore per descrivere l'esperienza del dolore	3,152174	2,941176	39	17
Il dolore si può misurare	1,731707	1,698795	3	2
In caso di dolore, è sempre bene provare prima con un placebo per evitare effetti collaterali	4,134146	4,518072	3	2

Alla prima affermazione si è moderatamente sfavorevoli infatti la media delle risposte è superiore al 3, inoltre si può notare che nell'avanzato la media delle risposte è moderatamente superiore al base facendo supporre che la partecipazione al corso base e

avanzato abbia fatto conoscere nuovi strumenti e strategie per l'eliminazione o la riduzione del dolore inutile.

Alla seconda affermazione si è moderatamente sfavorevoli specialmente nell'avanzato infatti la media delle risposte è superiore a 3. Questo vuol dire che non sempre il numero delle chiamate è un buon indicatore del livello del dolore.

Alla terza affermazione la risposta è sfavorevole, infatti la media è sul 4, e indica che la terapia analgesica può far scomparire completamente il dolore, nell'avanzato la media delle risposte è un po' inferiore a 4.

Alla quarta affermazione giustamente, anche per le ragioni citate nella premessa del capitolo 3, si afferma che la morfina è molto raro che dia dipendenza infatti avviene circa per 1 paziente su 20.000.

All'affermazione se il modello teorico bio-medico è il migliore per descrivere l'esperienza del dolore non c'è né un'accettazione significativa né una smentita.

Mentre all'affermazione il dolore si può misurare c'è una netta accettazione confermata ulteriormente dalle risposte del Pre-test avanzato.

L'ultima affermazione è smentita in modo significativo, infatti la media delle risposte è superiore a 4 ed è ulteriormente smentita anche dalle risposte del Pre-test avanzato.

La seguente figura mostra le risposte alla domanda:

Qual è la scala di intervento farmaceutico secondo l'OMS (una sola risposta) ?

La domanda esatta è quella segnata in grassetto¹ cioè la seconda, come si può vedere dalle risposte la maggioranza dei partecipanti ha risposto esatto, inoltre si può notare come ci sia un aumento delle risposte esatte nel Post-test base e un ulteriore aumento nel Pre-test avanzato.

	pre-test base	post-test base	pre-test avanzato
scala intervento farm OMS			
Adiuvante,FANS + Oppioidi minore, Oppioidi maggiore	20	38	29
FANS+adiuvante; Oppioidi minore + FANS + Adjuvanti; Oppioidi maggiori + FANS + Adjuvanti	37	46	55
non risp	21	1	1
Placebo,FANS + adjuvante, oppioidi minore o maggiore	7	0	0
	85	85	85

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è impegnata da tempo a diffondere la conoscenza e a promuovere l'utilizzo della scala analgesica a tre gradini il cui principio

¹ Anche nelle successive risposte quelle corrette saranno segnate in grassetto

base è, appunto, la *gradualità* della terapia del dolore, in cui se il dolore aumenta o persiste si passa a farmaci più forti come gli oppiacei.

L'efficacia del trattamento antalgico, tuttavia, la si ottiene applicando flessibilmente il principio del "farmaco giusto, alla giusta dose e al momento giusto" a ogni singolo paziente, in altre parole è l'intensità del dolore a far scegliere il gradino della scala (in presenza di un dolore severo, dunque, i primi due gradini si saltano e si inizia direttamente dal terzo).

L'obiettivo della terapia del dolore è: ottenere la massima riduzione della sofferenza della persona malata attraverso mezzi di facile attuazione e a basso costo economico la cui tossicità e invasività siano ridotte al minimo.

La seguente tabella indica le associazioni farmaco-categoria farmaceutica del quesito 9° del Pre-test base effettuate dai partecipanti al corso.

In tutti i casi la maggioranza dei partecipanti ha risposto esattamente.

risposta 9	Adiuvante	Fans	Oppioide	non risp	
Bentelan	61	4	1	19	85
Contramal	10	13	41	21	85
Durogesic	0	6	67	12	85
Flectadol	5	64	3	13	85
Laroxyl	63	1	3	18	85
Muscoril	57	4	3	21	85
Oramorph	0	0	74	11	85
Orudis	4	73	0	8	85
Plasil	70	1	0	14	85
Sulidamor	2	70	0	13	85
Tachipirina	24	38	0	23	85
Toradol	4	63	2	16	85
Valium	65	1	6	13	85
Voltaren	5	71	0	9	85
Zofran	68	2	1	14	85

La tabella seguente invece è riferita alle risposte del quesito n°11 del Post-test, anche in questo caso la maggioranza dei partecipanti ha associato correttamente il nome commerciale del farmaco alla categoria farmaceutica corrispondente.

risposta 11	Adiuvante	Fans	Oppioide	non risp	
Bentelan	80	0	0	5	85
Contramal	0	6	66	13	85
Durogesic	1	7	73	4	85
Flectadol	3	75	3	4	85
Laroxyl	84	0	0	1	85
Muscoril	78	5	1	1	85
Oramorph	1	3	80	1	85
Orudis	0	84	0	1	85
Plasil	84	1	0	0	85
Sulidamor	3	81	0	1	85
Tachipirina	30	44	0	11	85
Toradol	5	79	0	1	85
Valium	81	3	1	0	85
Voltaren	2	83	0	0	85
Zofran	84	0	0	1	85

Con la seguente tabella, si è voluto verificare se vi è stato un miglioramento significativo delle risposte dei partecipanti dopo che hanno frequentato il corso “ospedale senza dolore” (base) confrontando le risposte del Post-test rispetto a quelle del Pre-test.

Dai seguenti dati è evidente un miglioramento.

Adiuvante	Fans	Oppioide	non risp
19	-4	-1	-14
-10	-7	25	-8
1	1	6	-8
-2	11	0	-9
21	-1	-3	-17
21	1	-2	-20
1	3	6	-10
-4	11	0	-7
14	0	0	-14
1	11	0	-12
6	6	0	-12
1	16	-2	-15
16	2	-5	-13
-3	12	0	-9
16	-2	-1	-13

Il precedente quesito (n°9 e n°11 del corso base) è presente anche nel Pre-test (avanzato), la seguente tabella riassume le risposte dei partecipanti:

risposta 9	Adiuvante	Fans	Oppioide	non risp	
Bentelan	74	6	0	5	85
Contramal	6	15	60	4	85
Durogesic	1	3	81	0	85
Flectadol	4	77	3	1	85
Laroxyl	78	1	4	2	85
Muscoril	71	8	0	6	85
Oramorph	0	1	83	1	85
Orudis	1	83	0	1	85
Plasil	84	0	0	1	85
Sulidamor	6	77	1	1	85
Tachipirina	22	52	0	11	85
Toradol	6	77	1	1	85
Valium	75	6	4	0	85
Voltaren	4	81	0	0	85
Zofran	83	0	1	1	85

Dalla differenza tra il valore delle risposte ottenuto nel Pre-test avanzato rispetto al Post-test base non si nota un significativo miglioramento nel numero di risposte corrette.

Adiuvante	Fans	Oppioide	non risp
-6	6	0	0
6	9	-6	-9
0	-4	8	-4
1	2	0	-3
-6	1	4	1
-7	3	-1	5
-1	-2	3	0
1	-1	0	0
0	-1	0	1
3	-4	1	0
-8	8	0	0
1	-2	1	0
-6	3	3	0
2	-2	0	0
-1	0	1	0

Mentre per quanto riguarda la differenza tra le risposte del Pre-test avanzato rispetto al Pre-test base si può notare un lieve aumento delle risposte corrette.

Aiuvante	Fans	Oppioide	non risp
13	2	-1	-14
-4	2	19	-17
1	-3	14	-12
-1	13	0	-12
15	0	1	-16
14	4	-3	-15
0	1	9	-10
-3	10	0	-7
14	-1	0	-13
4	7	1	-12
-2	14	0	-12
2	14	-1	-15
10	5	-2	-13
-1	10	0	-9
15	-2	0	-13

Gli ultimi due quesiti sono presenti solo nel test avanzato

Quali trattamenti analgesici non farmacologici (infermieristici) conosci ?

- Interventi posturali 77
 - Tecniche di immaginazione guidata 10
 - Tecniche respiratorie 49
 - Tecniche di rilassamento muscolare auto-indotto dal paziente 32
 - Tecniche di massaggio 25
 - Tecniche di distrazione 32
- Altro: borsa di ghiaccio, dialogo con il paziente

Per il trattamento del dolore in una persona sofferente, utilizzi una o più tecniche infermieristiche non farmacologiche (più di una risposta) ?

- Interventi posturali 72
 - Tecniche di immaginazione guidata 5
 - Tecniche respiratorie 28
 - Tecniche di rilassamento muscolare auto-indotto dal paziente 27
 - Tecniche di massaggio 9
 - Tecniche di distrazione 26
- Altro: borsa di ghiaccio

In conclusione si nota che per le risposte ai quesiti realizzate all'inizio del corso "ospedale senza dolore" base ed effettuate poi alla fine del corso attraverso il Post-test si sono riscontrati dei miglioramenti.

Mentre per quanto riguarda il Pre-test (avanzato) in generale solo in alcuni quesiti si sono riscontrati dei miglioramenti comunque non particolarmente significativi.

CONCLUSIONI: obiettivi raggiunti nello stage e opinioni riguardo al

Contesto lavorativo

Per poter constatare o no un significativo cambiamento nella pratica della gestione del dolore sarebbe stato opportuno conoscere anche i risultati della “scheda sulle modalità di registrazione del dolore” che il responsabile dell’ufficio formazione ha utilizzato per un’ulteriore indagine effettuata parecchi mesi dopo lo stage.

Comunque da un riscontro sommario con le schede che sono arrivate all’ufficio formazione la pratica assistenziale più frequente sembra essere la stessa della prima rilevazione cioè non si effettua un monitoraggio regolare e affidabile del dolore (durata, tipologia, intensità, localizzazione).

La mancanza di miglioramenti nella pratica assistenziale dei malati per quanto riguarda la terapia del dolore era prevedibile visto l’esito delle risposte dei partecipanti nell’apprendimento del corso “ospedale senza dolore”.

L’accertamento sistematico del dolore è un passo fondamentale verso una migliore qualità della gestione del dolore, in quanto permette una rapida scoperta degli effetti collaterali del trattamento, una maggiore visibilità professionale degli operatori sanitari, una maggiore gradualità e personalizzazione della cura.

Per ottenere tutto ciò è fondamentale l’utilizzo di protocolli integrati medico-infermiere.

L’infermiere infatti ricopre un ruolo centrale nell’informazione e trattamento del dolore poiché rispetto ad altre figure sanitarie è quella che rimane più tempo a contatto diretto con il malato ed è sicuramente anche quella che meglio di altri può valutare l’efficacia della terapia analgesica impostata.

Concludendo, per poter apportare cambiamenti significativi nella pratica assistenziale e nelle conoscenze riguardanti la terapia del dolore, è fondamentale una maggiore conoscenza del contesto lavorativo nei reparti e nella struttura in generale, comunque il periodo di stage è stato utile per creare degli strumenti informatici che consentano all’ufficio formazione ulteriori indagini.

Bibliografia:

Regolamento per la formazione permanente del personale – delibera del 6 Marzo 2003.

NO al DOlore inutile *analisi, sfide, riflessioni e proposte* – Il Sole 24 ore Sanità inserto del novembre 2005.

Sestini R. Ruolo dell'infermiere nel monitoraggio del dolore acuto post-operatorio. Scenario 2000; 17(4):8-13.

Stefania Minuzzo, Nursing del dolore, Carocci Faber, edizione 2003

Marcus Munafò, Jaquie Trim, Dolore cronico – Il manuale dell'infermiere, aprile 2001. Editore: McGraw-Hill.

Silvestro A., Un'Alleanza contro il dolore, L'infermiere 3/2000.

ANIARTI, Atti dei congressi nazionali 2000, sessione 2 relazione 1.

