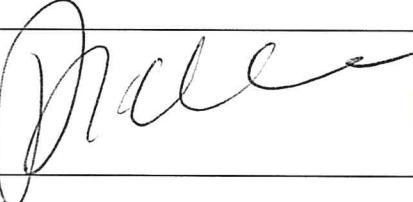


Gruppo di redazione: Antonella Cipriani, Simona Benedetti, Paolo Nardini, Daniela Ambrogetti, Anna Pannone, Lucia Vannucci, Alessia Baldini, Domenico Bitonti, Donatella Landini.

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Simona Benedetti	Coordinatore Infermieristico	26/04/2016	
VERIFICA	Guido Castiglione	Referente per la Qualità e l'Accreditamento	27/04/2016	
APPROVAZIONE	Riccardo Poli	Direttore Sanitario	20/06/2016	

INDICE

1. SCOPO pag. 3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE pag. 3
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI pag. 3
4. RESPONSABILITÀ pag. 5
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ pag. 5
6. RIFERIMENTI pag. 9
7. ALLEGATI pag. 10

DISTRIBUZIONE

La presente procedura viene distribuita ai Responsabili delle seguenti Strutture, Centri di Responsabilità o Uffici che, a loro volta, provvedono a distribuirla e, ove occorra, ad illustrarla al personale interessato appartenente alla propria struttura

		Si/No
Direzione Generale		SI
Direzione Sanitaria		SI
Direzione Amministrativa		SI
Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione		SI
Coordinamento Tecnico Sanitario		SI
Coordinamento Statistico		
S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti		
Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici		
S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On)		SI
STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI COLLEGATE	
Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	Laboratorio Regionale HPV e Biologia Molecolare SI	SI
	Citologia Extra Screening e Sistema Qualità in Citologia SI	
Senologia Clinica		SI
Screening e Prevenzione Secondaria	Senologia di Screening SI	SI
	CRR Prevenzione Oncologica SI	
Epidemiologia Clinica	Infrastruttura e Coordinamento Registri	
	Valutazione Screening e Osservatorio Nazionale Screening (O.N.S.)	
Epidemiologia dei Fattori di Rischio e degli Stili di Vita	Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro	
Biostatistica Applicata all'Oncologia		
Amministrazione, Gestione Risorse, Attività Tecniche e Supporto alla Ricerca		
Ufficio Relazioni con il Pubblico		SI

PREMESSA

La tradizione culturale ha sicuramente influenzato l'atteggiamento nei riguardi del dolore, spesso giudicato come naturale o addirittura necessario accompagnamento della malattia.

Il pensiero attuale non vede il dolore come elemento inevitabile, ma come elemento da analizzare ed eliminare.

Oggi, anche nelle istituzioni più avanzate, il dolore continua ad essere una dimensione cui non viene riservata adeguata attenzione, nonostante sia stato scientificamente dimostrato quanto la sua presenza sia invalidante dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità da molti anni insiste sulla necessità del pronto e pieno trattamento di questo sintomo. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations richiede, nei suoi standard di qualità, che tutti i pazienti vengano valutati per il dolore e che da questa valutazione consegua un adeguato trattamento dello stesso. Tutti gli esperti internazionali convengono quindi sulla necessità e sulla possibilità di misurare il dolore e la Joint Commission Standards della American Pain Society si è spinta ad indicare nel dolore misurato il V° parametro vitale (PA, FC, FR, Sat O₂) da rilevare in ogni paziente.

La normativa include, fra i dolori da tenere in considerazione, tutte le tipologie: di qualunque natura essi siano, post operatorio, collegato ad accertamenti diagnostici invasivi, fino a quello legato alle patologie croniche.

Allo scopo di arginare la prevalenza del dolore nelle strutture sanitarie il Ministero della Sanità ha istituito una commissione di studio, che ha elaborato il documento tecnico di base per la stesura delle linee guida. Finalità specifica delle linee guida è quella di aumentare l'attenzione del personale coinvolto nei processi assistenziali, nelle strutture sanitarie italiane, affinché vengano messe in atto tutte le misure possibili per contrastare la sofferenza, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano e dal contesto di cura.

Il progetto "Ospedale senza dolore", insieme al piano sulle cure palliative e alla legge sugli oppioidi, sono l'atto finale di un radicale cambiamento culturale e comportamentale nei confronti del problema dolore e della sofferenza umana troppo spesso e troppo a lungo disatteso.

1. SCOPO

- sensibilizzare gli operatori sanitari di ISPO al problema, alla cura, ma, soprattutto, alla prevenzione del dolore.
- evitare all'utenza, che si rivolge ad ISPO, per effettuare indagini diagnostiche, esperienze dolorose e spiacevoli.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i servizi dell'Istituto che effettuano indagini diagnostiche invasive che possono provocare percezioni dolorose nell'utente.

3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

- **ANALGESIA**: è uno stato in cui non si prova dolore; si raggiunge attraverso:
 - 1) **Anestesia generale** L'Anestesia generale si compone di ipnosi(sonno), analgesia (assenza di dolore) e miorisoluzione (rilasciamento muscolare); indica genericamente quindi l'abolizione della sensibilità, della coscienza e del dolore, associata a rilassamento muscolare; questo comporta riflessi respiratori protettivi assenti, respiro spontaneo assente, risposta a stimoli nocicettivi assente.
 - 2) **Anestesia locale** Blocco reversibile della conduzione nervosa, in un'area cutanea/mucosa, per interferenza di un anestetico locale sulla fibra nervosa. L'anestetico elimina il dolore nella regione

del corpo coinvolta con paziente in totale stato di coscienza. E' quindi limitata ad una parte del corpo ed utilizzata per interventi di breve durata.

3) **Sedazione**

- a) *cosciente* - si definisce come tecnica in cui l'uso di farmaci induce una depressione del sistema nervoso centrale tale da permettere l'esecuzione di una procedura, pur conservando il contatto verbale con il paziente per tutta la durata della sedazione.
- b) *profonda o narcosi* - si compone di ipnosi e analgesia, con riflessi respiratori protettivi fortemente attenuati, respiro spontaneo con aiuto di ossigeno, risposta a comandi verbali: torpida, incongruente o assente.

- **ANEST**: Anestesista

- **DOLORE**: Il dolore è un'esperienza emozionale e sensoriale spiacevole, associata ad un danno tissutale in atto, potenziale o percepito (descritto) in termini di danno (*International Association for the Study of Pain*). Da un punto di vista eziopatogenetico, il dolore può essere classificato in: nocicettivo (attivazione diretta dei recettori della nocicezione), neuropatico (da interessamento del sistema nervoso centrale e/o periferico), psichico (attivato da stazioni psico-relazionali) e misto (con la presenza di tutte le componenti precedenti).

Quindi deve essere visto come la composizione:

- a) di una parte percettiva (la nocicezione), che costituisce la modalità sensoriale che permette la ricezione ed il trasporto al sistema nervoso centrale di stimoli potenzialmente lesivi per l'organismo.
- b) di una parte esperienziale (quindi del tutto privata, la vera e propria esperienza del dolore), che è lo stato psichico collegato alla percezione di una sensazione spiacevole.

E' fra tutti, il sintomo che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e più angoscia e preoccupa i suoi familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita.

In maniera molto sintetica, ma utile da un punto di vista clinico, si possono distinguere, tre tipologie diverse di dolore, con caratteristiche eziopatogenetiche, cliniche, di durata, e responsività terapeutica, specifiche. Si parla infatti di *dolore acuto*, *dolore cronico* e *dolore procedurale*.

Il ***dolore acuto*** ha la funzione di avvisare l'individuo della lesione tissutale in corso ed è normalmente localizzato, dura per alcuni giorni, tende a diminuire con la guarigione.

Il ***dolore cronico***, è duraturo, spesso determinato dal persistere dello stimolo dannoso e/o da fenomeni di automantenimento, che mantengono la stimolazione nocicettiva anche quando la causa iniziale si è limitata. Si accompagna ad una importante componente emozionale e psicorelazionale e limita la performance fisica e sociale del paziente.

Il ***dolore da procedura***, che accompagna molteplici indagini diagnostiche/terapeutiche, rappresenta in ogni setting, situazione ed età, un evento particolarmente temuto e stressante. Il dolore si associa ad ansia e paura e, non infrequentemente, la sua presenza condiziona in maniera importante la qualità percepita di cura, nonché la qualità di vita.

- **INF**: Infermiere
- **Med**: Medico
- **OSS**: Operatore Socio Sanitario
- **TSRM**: Tecnico Sanitario Radiologia Medica
- **VAS**: Scala analogica visiva
- **VNS**: Scala numerica verbale
- **VRS**: Scala valutazione verbale.

4. RESPONSABILITÀ'

Figura che svolge l'attività	INF/ TSRM	MED/ ANESTES	PAZIENTE	OSS
Descrizione delle Attività				
Spiegazione al paziente della procedura a cui sarà sottoposto.	C	R	C	
Richiesta consenso informato per esecuzione procedura diagnostica e/o intervento con relativa somministrazione di analgesia	C	R	C	
Anamnesi del paziente per rilevazione di eventuali reazioni allergiche ad anestetici (in caso di analgesia)	C	R	C	
Presentazione e spiegazione della scala della misurazione del dolore che verrà somministrata prima, durante (in caso di esame con paziente sveglio) e dopo la procedura diagnostica	R		C	
Supporto psicologico e terapia antidolorifica non farmacologica	R		C	
Misurazione e registrazione del dolore, controllo delle alterazioni parametri vitali, sudorazione ...	R		C	
Spiegazione preparazione e procedura di somministrazione dell'analgesia	C	R		
Somministrazione analgesia	C	R		
Monitoraggio paziente durante la procedura e rilevazione eventuali alterazioni parametri vitali in paziente monitorizzato (in caso di sedazione cosciente o di narcosi)	C	R		
Monitoraggio paziente, rilevazione e registrazione eventuali alterazioni parametri vitali nel periodo di osservazione (in caso di sedazione cosciente o di narcosi), misurazione e registrazione del dolore al termine della procedura	R	C		C
Dimissione del paziente dal servizio (dopo periodo di osservazione) e consegna della relativa modulistica	R	C		C

R = Responsabile **C** = Coinvolto

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Una gestione del dolore efficace dipende da un'accurata valutazione del dolore e dallo sviluppo di un approccio olistico, che includa entrambi i metodi di trattamento: farmacologico e non-farmacologico. È riconosciuto come una gestione del dolore efficace dipenda da un approccio coordinato e interdisciplinare, in cui gli obiettivi dell'utente siano raccordati con le azioni del team sanitario.

Le procedure effettuate presso ISPO sono praticate utilizzando essenzialmente due modalità di cura del dolore: anestesia locale per alcune attività, sedazione cosciente e profonda per procedure più invasive.

5.1 MODALITÀ DI MISURAZIONE DEL DOLORE

Il dolore è un'esperienza soggettiva ed individuale e questo rende ragione della difficoltà che si incontrano nella definizione di metodiche di valutazione efficaci.

La sua misurazione ha lo scopo di determinarne l'intensità, la qualità e la durata, di stabilirne la causa e di scegliere il trattamento più adeguato con la relativa valutazione di efficacia. La letteratura pone diverse proposte: autovalutazione, parametri fisiologici, comportamentali e strumentali. Una metodologia valida in assoluto non esiste e i diversi metodi vengono attualmente declinati, in rapporto al tipo di dolore, alle condizioni cliniche del paziente, all'età ed alle possibilità di collaborazione.

È consigliato l'utilizzo di scale specifiche, semplici ed unidimensionali : Visual Analogical Scale (VAS), Scala Numerica (NRS), Scala Verbale (VRS).

Appositi strumenti (righello specifico) ed istruzioni operative sono stati forniti attraverso i "Comitati Ospedale senza dolore" in tutti gli ospedali della Regione Toscana.

Il gold standard è, infatti, la valutazione del paziente stesso della quantità e della qualità del dolore percepito (autovalutazione), che si può misurare utilizzando dei "termometri" che facciano ricorso alle suddette scale numeriche o verbali.

Numerosi studi hanno evidenziato la sottostima derivante da una valutazione esterna da parte del personale sanitario, infermieristica e medica, anche se rimane indispensabile per le persone che non sono in grado di esprimersi, i neonati e i bambini, soggetti con handicap mentali, anziani con demenza. Le tre scale monodimensionali devono essere presentate in successione, secondo il grado di collaborazione e le capacità del singolo paziente. L'ordine di presentazione è il seguente:

1. VAS (adatta per adulti con livello di istruzione medio elevato)
2. NRS (adatta per anziani o adulti con livello di istruzione basso)
3. VSR (adatta per anziani o pazienti con deficit cognitivo minimo).

Se la prima scala (VAS) presentata non risulta facilmente utilizzabile o comprensibile, si presenta la seconda (NRS) ed eventualmente la terza (VRS), che rappresenta lo strumento più semplice anche se meno preciso.

5.1.1 STRUMENTI DI RILEVAZIONE DEL DOLORE

Determinazione del valore soglia - è necessario stabilire un valore di soglia che corrisponde, secondo la letteratura, a un valore >3 per la scala VAS e VNS, o >2 per la scala VRS, il quale costituisce l'intensità oltre la quale è necessario un intervento terapeutico.

Le principali caratteristiche che deve possedere un test valido per la rilevazione dell'evento doloroso sono :

- Facilità di utilizzo
- Velocità di registrazione ed elaborazione dei dati.
- Comprensibile a tutti
- Deve soddisfare i criteri di
 - a) Validità: il grado in cui un test valuta ciò che intende misurare.
 - b) Sensibilità: evidenzia i cambiamenti relativi alla terapia.
 - c) Affidabilità o grado di ripetibilità: il test deve essere ripetibile in circostanze simili.

Sistemi di valutazione nell'adulto:

✚ VAS (Visual Analogue Scale)

La scala analogica visiva è la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che un paziente crede di avvertire. L'ampiezza è rappresentata da una linea, solitamente lunga 10 cm, con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro. La lunghezza ottimale per misurare il dolore sembra essere 10 cm. Un'estremità indica "assenza di dolore" mentre l'altra rappresenta "il dolore peggiore mai sentito".

La scala viene compilata dal paziente, al quale viene chiesto di tracciare sulla linea un segno che rappresenti l'intensità di dolore provato in quel momento; l'esaminatore realizza il punteggio misurando la distanza, partendo dall'estremità che indica l'assenza di dolore, mediante una scala graduata posta sulla faccia posteriore del righello.

E' semplice e breve da somministrare e da assegnare il punteggio, presenta delle limitazioni nei malati con difficoltà motorie e percettive, alcuni non riescono a comprendere le istruzioni sull'uso.

Le scale di valutazione consentono:

- una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali
- una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza al paziente
- lo scambio di informazioni tra discipline diverse.

✚ VSN (Scala di Valutazione Numerica Verbale)

Numerical Rating Scale prevede l'utilizzo di un apposito regolo, composto da una serie crescente di numeri compresi tra 0 e 10, in cui il paziente indica il numero che rappresenta l'intensità del dolore percepito, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore immaginato. La VNS ha un'alta correlazione con la VAS.

In alternativa a quest'ultima, scritta, viene richiesto al paziente di indicare verbalmente un numero da 0 a 10 che corrisponda quanto più possibile al livello del dolore percepito.

E' semplice ed ha dimostrato affidabilità e validità.

✚ VRS (Visual Rating Scale)

Verbal Rating Scale si avvale di 5 livelli ai quali è associata la descrizione dell'intensità del dolore come segue:

- 0 – Dolore assente
- 1 – dolore lieve
- 2 – dolore moderato
- 3 – dolore forte
- 4 – dolore atroce.

Il paziente definisce il dolore verbalmente, utilizzando l'aggettivo che ritiene più appropriato su una serie proposta.

Questa scala è spesso utilizzata nei pazienti anziani o con deficit cognitivo ed al pronto soccorso.

Semplice da somministrare, ha dimostrato affidabilità e validità.

5.2 LA MISURAZIONE DEL DOLORE

Il dolore provocato da procedura diagnostica (biopsia mammaria, colonscopia, biopsia chirurgica,) negli ambulatori ISPO, viene rilevato attraverso la somministrazione delle scale monodimensionali, l'osservazione dei parametri vitali e del paziente.

All'ingresso in ambulatorio, prima dell'inizio della procedura/prestazione, viene chiesto di quantificare il dolore provato, somministrando la scala di valutazione ritenuta più adeguata per quel soggetto. Sia in caso di risposta affermativa che negativa, viene spiegato al paziente che, in caso di comparsa di una qualsiasi forma di dolore, deve darne tempestiva comunicazione al personale sanitario, inoltre viene informato su alcuni aspetti fondamentali:

- Il dolore non deve essere sopportato
- Non attendere che il dolore raggiunga livelli di intensità elevati

- Maggiore sarà la tempestività con la quale il personale sanitario sarà informato e maggiori le possibilità di controllare il dolore.

L'operatore sanitario mostra la scala VAS e spiega al paziente di indicare sulla linea continua il proprio livello di dolore tra i due estremi indicati dall'assenza di dolore e dal massimo dolore immaginato o provato. In caso di difficoltà provare a chiedere al paziente di ricordare l'esperienza più dolorosa provata e, collocandola all'estremo della scala, confrontarla con il dolore che sta provando adesso. Una volta che il paziente ha indicato il punto corrispondente al livello di dolore, l'operatore sanitario misurerà la distanza dall'estremo assenza di dolore ed attribuirà un valore numerico approssimando per difetto o per eccesso (ad esempio se la distanza risulta 6,3 cm il valore VAS del dolore sarà 6, se invece la distanza misurata è 4,7 cm il punteggio VAS del dolore rilevato sarà 5).

Se la VAS non risulta comprensibile si illustra al paziente la NRS, chiedendo di indicare sull'apposito regolo tra 0 e 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al dolore peggiore possibile. Anche in questo caso può essere utile il raffronto con precedenti esperienze dolorose. Se il paziente dice di non aver compreso le istruzioni, usare esempi semplici, come "Immagini che questo sia un termometro per valutare il dolore; più il numero è alto e più il dolore è forte".

Nel caso che anche la VSN non possa essere utilizzata, si ricorrerà alla scala verbale con la quale si chiede al paziente di indicare il proprio livello di dolore scegliendo uno dei 5 aggettivi proposti (atroce, forte, moderato, lieve, assente.).

Durante la procedura stessa, se il paziente è sveglio e collaborante, viene nuovamente chiesto di rivalutare la sensazione dolorosa per un eventuale aumento del quantitativo di anestetico somministrato.

5.2.1 APPROCCIO PRATICO AL PAZIENTE CON DEFICIT COGNITIVO

In caso di paziente con deficit cognitivo sarà opportuno basarsi sull'osservazione del paziente alla ricerca di segni o comportamenti che siano spia di una eventuale sindrome algica in atto:

- Segni di attivazione adrenergica come la sudorazione algida
- Tachipnea o polipnea
- Variazione della frequenza cardiaca e pressione
- Espressione del volto e/o smorfie
- Postura (ad esempio un atteggiamento con arti inferiori flessi, contrazione della muscolatura)
- Episodi di agitazione psicomotoria improvvisi.

Viene raccomandato, per la valutazione del dolore dei pazienti con deficit cognitivo, di coinvolgere i familiari che meglio conoscono il paziente e sono in grado di riconoscere segni di sofferenza del proprio coniunto.

5.3 TERAPIA DEL DOLORE

Il trattamento farmacologico per il dolore da procedura/prestazione deve garantire un'analgesia efficace.

Gli approcci farmacologici possibili sono l'anestesia locale, la sedazione consci, la sedazione profonda e l'anestesia generale.

Al dolore fisiologico, spesso si associano sensazioni di ansia, mancanza di controllo, incertezza per il futuro, che peggiorano la percezione del dolore e che non possono essere trattate solo con i farmaci. E' per tali motivi che la relazione utente/personale sanitario è fondamentale nelle fasi di ascolto e cura del

dolore. Così come è importante la partecipazione e la vicinanza dei familiari per affrontare le scelte in maniera consapevole e condivisa.

Essenzialmente negli ambulatori dell'Istituto viene eseguita anestesia locale per:

- interventi di chirurgia dermatologica,
- biopsie mammarie,
- agobiopsia in stereotassi.

Queste procedure non richiedono il monitoraggio tramite idonee apparecchiature del paziente, ma una vigilanza costante su di esso, effettuata dal personale sanitario presente in ambulatorio.

L'indagine coloscopica invece prevede un'analgesia effettuata con sedazione cosciente o narcosi; in tal caso è presente il medico anestesista che provvede alla somministrazione dei farmaci analgesici ed al monitoraggio del paziente.

Fondamentale è comunque la relazione instaurata con il paziente così come, nel caso di coloscopia, le pressioni esercitate sull'addome che talvolta riducono la stimolazione dolorosa.

Pertanto le terapie analgesiche possono riassumersi in due tipi:

Terapia Farmacologica: Attualmente i farmaci indicati nella gestione del dolore appartengono alle seguenti categorie: analgesici non narcotici, analgesici narcotici, adiuvanti ed anestetici locali. Studi di farmacocinetica e farmacodinamica hanno puntualizzato indicazioni e limiti di questi farmaci: l'OMS ha stabilito una scala graduata d'interventi in base alle caratteristiche e all'entità del dolore; la strategia terapeutica utilizzata dipende da molti fattori, comprendenti l'eziologia e l'entità del dolore, la durata prevista della procedura/prestazione, le condizioni cliniche generali del paziente e la sua capacità di collaborazione.

Terapia non farmacologica: La terapia antalgica non farmacologica comprende molti tipi d'intervento assai diversi fra loro. Alcuni agiscono su altri sistemi sensitivi che bloccano la progressione dello stimolo doloroso, altri attivano i meccanismi nervosi centrali e/o periferici che inibiscono la nocicezione. In base alla metodologia d'intervento si possono suddividere in metodi psicologici (di supporto, cognitivi, comportamentali) e fisici (massaggio, fisioterapia).

Queste tecniche agiscono a livello fisico e psicologico e procurano analgesia, rilassamento e controllo di sentimenti di ansia e paura.

Gli interventi non farmacologici sono utili nel controllo del dolore, a seconda delle risposte e delle preferenze del paziente stesso; non devono essere utilizzati in alternativa alle altre tecniche analgesiche, ma, in associazione, possono potenziarne gli effetti riducendo ad esempio il fabbisogno di farmaci.

6. RIFERIMENTI

- Normativa sull'"Ospedale senza Dolore" pubblicata sulla gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana – Serie generale – n. 149 del 29-06-2001 (accordo tra Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome, emana le linee guida per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore").
- Dieci comandamenti per un ospedale senza dolore – Regione Toscana
- Carta dei diritti sul Dolore inutile (Presentata dal tribunale per i diritti del malato il 28 aprile 2006 a Roma)
- Carta Europea dei Diritti Del Malato (Presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002 e approvata nel marzo del 2007, risultato di un lavoro congiunto tra il Tribunale per i Diritti del Malato e 15 organizzazioni civiche)
- Assessment Management of Pain – Nursing Best Practise Guideline



7. ALLEGATI

- 7.1 Sedazione in endoscopia digestiva
- 7.2 Analgesia negli ambulatori di dermatologia e radiologia ISPO
- 7.3 Scale di valutazione del dolore

ALLEGATO 7.1**SEDAZIONE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

In endoscopia digestiva parlare solo di dolore, è riduttivo, così come pensare di risolvere tutti i problemi con la sedazione. Il dolore, infatti, è solo una e spesso neppure la preminente, delle “sensazioni negative” evocate, che, fra l’altro, non incidono solo durante l’esecuzione dell’indagine in senso stretto.

*Sensazioni “negative” indotte dall’endoscopia*1) *Ansia*

- Per il risultato diagnostico o terapeutico dell’indagine;
- per la non conoscenza dei fastidi che comporterà;
- per precedenti esperienze negative;
- per la sensazione di violazione del proprio corpo con richiami anche a sfondo sessuale.

2) *Sensazioni di fastidio*

- Per la presenza, movimento o fuoriuscita dell’aria insufflata (eruttazioni, flatulenze);
- per gli spostamenti indotti nei visceri;
- per le stimolazioni della zona oro-faringea;

3) *Dolore*

- Per lo stiramento dei mesi: quindi più facilmente in corso di colonoscopie;
- per eccessiva distensione dei visceri: spesso in rapporto al numero ed all’angolazione delle volute;
- per spasmi: quale reazione alla presenza di un corpo estraneo (endoscopio) od alla distensione (aria insufflata).

Queste sensazioni e stati d’animo negativi sono amplificati se l’approccio e la fase preesame non è corretta e se il tempo di esecuzione dell’esame si allunga.

Per tali motivi le informazioni fornite dal personale della struttura di endoscopia (medici ed infermieri), devono essere corrette, tranquillizzanti, ma non minimizzanti; il tempo di attesa prima dell’esame deve essere ridotto al minimo; la struttura endoscopica (ambienti, comportamenti) devono essere studiati ed organizzati per eliminare stimoli ansiogeni.

In caso di esecuzione di esami endoscopici il paziente può ricorrere alla sedazione.

Il termine “sedazione” identifica una condizione farmacologicamente indotta di ansiolisi ovvero di riduzione parziale o totale del livello di coscienza associato ad un grado variabile di rilassamento muscolare, di analgesia e di amnesia.

A seconda del livello di ipnosi, si distinguono:

- Sedazione cosciente-

Caratteristiche: riflessi respiratori protettivi presenti, respiro spontaneo, risposta a comandi verbali.

- Sedazione profonda o narcosi-

Caratteristiche: riflessi respiratori protettivi fortemente attenuati, respiro spontaneo con aiuto di ossigeno, risposta a comandi verbali: torpida, incongruente o assente.

Benché i riflessi di protezione delle vie aeree possano essere ridotti o aboliti durante la narcosi, essa si distingue dalla anestesia generale per il mantenimento di un respiro spontaneo valido da parte del paziente.

MODALITA’ DI ESECUZIONE DELLA SEDAZIONE/NARCOSI

L’anestesista in servizio la mattina, presa visione della documentazione clinica prodotta dal paziente, che desideri essere sedato e tenendo conto della propria valutazione clinica, decide sulla opportunità di sottoporre il paziente a sedazione o narcosi. In questo caso, sarà sua cura informare il paziente sulla

	Procedura	Codice Aziendale IP004
	La Gestione del Dolore	Pag. 12 di 14
	COORD. ASSISTENZIALE E DELLA PREVENZIONE	Ed. 1 Rev. 1

tecnica anestesiologica, sulle eventuali alternative e sulle possibili complicatezze. E' necessario che il paziente esprima un consenso informato scritto specifico per la procedura anestesiologica sull'allegato. La stessa procedura si applica ai pazienti che scelgono di iniziare da svegli, ma si riservano di chiedere di essere sedati successivamente.

Se il paziente è sveglio sarà cura dell'infermiere, presente in sala endoscopica, effettuare la misurazione del dolore tramite VAS e coadiuvare l'anestesista in caso di analgesia con farmaci.

Se il paziente rifiuta l'analgesia farmacologica sarà compito dell'infermiere supportarlo psicologicamente e tramite pressioni sull'addome, affinché riesca a terminare l'esame.

La dimissione del paziente dalla saletta endoscopica verso la stanza risveglio, in caso di narcosi, avviene quando egli sia in grado di rispondere allo stimolo verbale e di mantenere autonomamente una buona saturazione.

Il paziente rimane in osservazione clinica e/o strumentale nella stanza risveglio, sotto la sorveglianza dell'infermiere e dell'OSS, per tutto il tempo necessario e viene dimesso solo dopo che l'anestesista ne abbia verificato le condizioni di dimissibilità.

	Procedura	Codice Aziendale IP004
	La Gestione del Dolore	Pag. 13 di 14
	COORD. ASSISTENZIALE E DELLA PREVENZIONE	Ed. 1 Rev. 1

ALLEGATO 7.2 NALGESIA NEGLI AMBULATORI DI DERMATOLOGIA RADIOLOGIA

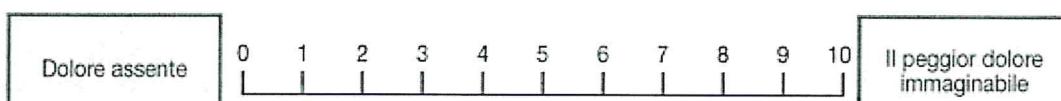
All'ingresso in ambulatorio viene chiesto al paziente di riconsegnare il modulo di consenso informato che è stato presentato, con le relative informazioni, in sede di visita ambulatoriale, quando il medico ha posto l'indicazione all'exeresi/biopsia stereotassica.

Inoltre, sempre in occasione della visita, per quanto riguarda la dermatologia, viene fornito un modulo in cui si richiede una breve anamnesi, le terapie in atto e le eventuali allergie a farmaci.

Per quanto concerne la biopsia mammaria, quando viene posta la necessità dell'approfondimento di terzo livello, viene chiesto alla paziente eventuali allergie e assunzioni di terapie anticoagulanti.

Dopo aver verificato che non vi sia nessuna controindicazione all'esecuzione della procedura, viene presentata al paziente la scala di misurazione del dolore e invitato a quantificare tale parametro in quel momento. Viene informato inoltre che tale valutazione gli verrà richiesta ed annotata anche durante la procedura, per poter approntare la giusta terapia anestetica; successivamente il paziente viene fatto posizionare sul lettino, illustrata la procedura a cui verrà sottoposto, dopodiché viene somministrata l'anestesia locale.

Viene indotta utilizzando siringhe di volume variabile da 1 – 2,5 – 5, fino a 10 cc: per mezzo di aghi di misura variabile da 20, 27 o 30 gamma, a seconda della tipologia di intervento e tipo di tessuto; l'anestetico impiegato è la lidocaina 2%, mepivacaina 2%, eventualmente in associazione con adrenalina. Nel corso dell'intervento viene regolarmente valutato e registrato il grado di dolore del paziente mediante scala verbale.

ALLEGATO 7.3**SCALE VALUTAZIONE DEL DOLORE****Visual Analogue Scale (VAS)****Numerical Rating Scale (NRS)****Verbal Rating Scale (VRS)****FIGURA 4.** ■ Esempi di scale unidimensionali per la misurazione dell'intensità del dolore.