

## Il Comitato Ospedale Senza Dolore

(linee guida inerenti progetto "Ospedale senza dolore" – accordo del 2001 tra il Ministero della sanità, le regioni e le province autonome)

### **Legge 15 marzo 2010, n. 38**

*"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*



**Il Comitato Ospedale Senza Dolore (C.O.S.D.)**, istituito nel 2012, presso l'**Ospedale "Teresa Masselli Mascia" di San Severo- Foggia**, ha come peculiarità, lo scopo di promuovere e di integrare le attività di contrasto al dolore già presenti in ambito sanitario, con particolare riferimento a quelle delle Strutture di Cure Palliative e di Terapia Antalgica. Il Comitato, affidato alla responsabilità della Direzione Sanitaria, è composto da un coordinatore, da un referente della direzione sanitaria, da un esperto della terapia del dolore, da un esperto nel trattamento del dolore post operatorio - medico anestesista e da figure professionali, solitamente dedicate agli interventi di controllo del dolore, quali il personale infermieristico. Nota di interesse è anche il coinvolgimento di associazioni con finalità istitutarie di inerenza.

**Obiettivi del Comitato "Ospedale Senza Dolore"** - indicati a tutti gli Ospedali dalla Conferenza Stato Regioni , sono:

- assicurare un osservatorio del dolore in Ospedale e sul Territorio;
- promuovere protocolli di trattamento;
- promuovere la formazione continua del Personale sanitario;
- sensibilizzare la popolazione al problema.

In passato, la considerazione **del dolore**, quale indizio inevitabile di una indisposizione , ha contribuito a sminuirne il significato ed a trascurarne la cura, mentre è un evento eterogeneo di grande importanza, foriero della presenza di un male fisico; difatti nelle patologie croniche, con l'evoluzione dello stato di infermità, si tramuta in una vera e propria malattia.

Quale contrasto a questo *modus pensandi* , interviene la **Legge italiana del 15 marzo 2010 , n. 38** "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", riconosciuta come una delle Leggi , tra le più innovative in Europa, che per la prima volta, *stabilisce che le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore , devono assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione, della tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine e dell' adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia ( art. 1 comma 3 lettere a-b-c).*

**L'art.2 (Definizioni) comma 1 lett. b**, prevede l'attivazione della terapia del dolore che rende operanti *l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche, idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico - terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore.*

**L'art.7 (Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica)**, definisce al comma 1, che *all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.*

**Il Dolore in cartella clinica** , rappresenta un punto di forza ; l'introduzione dell'obbligo sia per i medici che per gli infermieri , di monitorare il dolore degli assistiti in cartella clinica, da applicare a tutti i pazienti, indipendentemente dalla patologia e che va eseguito annotando osservazioni, modalità di cura ed esiti del trattamento , colloca la misurazione e la registrazione del decorso del dolore come gli altri esami di routine, quali il controllo della pressione e della temperatura. La carenza di tale monitoraggio potrà essere fonte di iniziative di rivendicazione da parte del paziente nei confronti del medico o dell'infermiere inadempiente.

**Il provvedimento legislativo n.38/10**, è di grande valore dal punto di vista assistenziale, culturale ed organizzativo, anche se continua a risultare poco conosciuto ; pertanto è rilevante il ruolo dell'informazione e della comunicazione, sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di cure palliative e terapia del dolore, per promuovere la cultura del contrasto al dolore e per superare le forme pregiudiziali sull'utilizzo di farmaci contro lo stesso.