



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**GESTIONE DEL DOLORE IN
PRONTO SOCCORSO:**

Revisione della letteratura

Relatore:

Dott. MERCURI MAURIZIO

Tesi di Laurea di:

D'OTTAVIO SHARON

Correlatore:

Dott. PALUMBO PASQUALE

A.A. 2018/2019

INDICE

Introduzione	1
Materiali e metodi	2
1. Definizione	3
1.1. Fisiologia del dolore	
1.1.1. Vie del dolore	
1.1.2. Tipologie di dolore	
1.2. Tipi di dolore clinico	
1.3. Fattori che influenzano il dolore	
2. Gestione del dolore	9
2.1. Oligoanalgesia	
2.2. Barriere nella gestione del dolore	
2.3. Possibili rimedi al problema	
3. Orientamenti normativi	12
3.1. Riferimenti internazionali	
3.2. Normativa nazionale	
3.3. Normativa infermieristica	
4. Il percorso assistenziale	15
5. Valutazione	18
5.1. Scale di valutazione	
5.1.1. Scale unidimensionali	
5.1.2. Scale multidimensionali	
5.2. Osservazione	
5.3. Comunicazione	
5.4. Rivalutazione	
6. Trattamento del dolore	27
6.1. Interventi non farmacologici	
6.2. Interventi farmacologici	
6.3. Protocollo APT	
7. Conclusioni	32
Ringraziamenti	34
Allegati	35

*“Give sorrow words;
the grief that does not speak,
knits up the o-er wrought heart
and bids it break.”*

W. Shakespeare, Macbeth

INTRODUZIONE

Ormai da anni, il dolore è stato inserito tra i Parametri Vitali dalla Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) ed è considerato, quindi, un segno clinico importante, al pari della Frequenza Cardiaca (FC), la Pressione Arteriosa (PA), la Temperatura Corporea (TC) e la Frequenza Respiratoria (FR), e in quanto tale se si dovesse presentare un'alterazione, dovrebbe essere trattato.

Il trattamento dello stesso dolore a volte è lasciato in secondo piano, perché spesso non viene considerato una priorità. I motivi sono vari, perché non è chiaramente descritto dall'utente, o perché non viene valutato correttamente dagli operatori sanitari o perché nonostante esso sia un segno clinico, e quindi per stessa definizione oggettivo, è fortemente legato e condizionato da fattori soggettivi e individuali.

Si sono verificati spesso episodi di inadeguata gestione del dolore che hanno influito sull'operato di tutti i professionisti, sul rapporto di fiducia tra operatore sanitario e persona assistita e, ultimo ma non meno importante e da non sottovalutare, sullo stato emotivo degli infermieri dell'Unità Operativa.

Lo scopo di questo elaborato è perciò quello di andare a ricercare nella letteratura la presenza di documenti e Linee Guida per poter effettuare una corretta valutazione del dolore e quindi, successivamente, una corretta gestione dello stesso, in un reparto in continua evoluzione. Il Pronto Soccorso ha infatti una grande affluenza di persone in cerca di cure ed è un'Unità Operativa dove il dolore è il sintomo più comune per cui un paziente si presenta, e anzi, nell'80% dei casi è il principale e unico motivo.

Ogni giorno hanno accesso molte persone e il sovraffollamento, spesso, causa una notevole dilatazione dei tempi di attesa, soprattutto per quelle condizioni valutate con codici minori (verde e bianco).

È l'infermiere di triage che deve prendere in carico il paziente, dal momento in cui entra, durante l'attesa, e fino alla valutazione medica. Di conseguenza, è suo il compito di ottenere un rapido accertamento e controllo del dolore.

Ho potuto constatare personalmente, durante la mia esperienza di tirocinio nel Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, che il dolore viene valutato, ma non sempre si interviene come si dovrebbe.

Bisogna inoltre considerare, che quando questo aspetto non viene trattato viene incrementato lo stress, aumenta l'aggressività e l'intolleranza. Il paziente agitato si innervosisce prima e non accetta l'attesa, soffre e non è contento. È perciò interesse di tutti valutarlo e trattarlo in maniera adeguata, per aumentare il benessere e la soddisfazione del paziente.

MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta partendo dalla banca dati Medline in cui ho inserito termini MeSH per far sì che la ricerca potesse portare ad articoli pertinenti. Tra i limiti, ho inserito gli articoli che fossero più recenti possibile e pubblicati in lingua inglese o in lingua italiana.

In seguito, dei risultati prodotti ho selezionato, consultando l'abstract e poi il full text, quelli più adatti alla mia ricerca.

Ho potuto notare che, purtroppo, non vi sono molte ricerche effettuate in Italia, quindi ho utilizzato quelle condotte in Paesi stranieri quali principalmente America, Gran Bretagna e Australia.

Per poter avere una panoramica più ampia rispetto alla mia domanda, ho consultato anche altri siti internet, tra cui www.fnopi.it e il sito del Ministero della Salute www.salute.gov.it.

Nell'elaborato sono partita dalla definizione del dolore, dalla semplice descrizione alla fisiologia del sintomo, per cercare di capire come questo possa influire sul benessere della persona assistita in tutti gli ambiti, da quello fisico a quello psicologico e addirittura a quello spirituale.

Un accesso al Pronto Soccorso, si sviluppa tramite Triage e poi, perlomeno nei codici minori, mediante attesa della visita del medico. Per cui sono andata a vedere quanto possa essere determinante la gestione e il trattamento precoce del dolore, dalla valutazione alla somministrazione di terapia analgesica direttamente da parte dell'infermiere di triage. Tutto ciò considerando l'importanza del gradimento e della soddisfazione del paziente, visto l'attuale sviluppo della Clinical Governance.

1. DEFINIZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità”. E cos'è il benessere? A volte è da considerarsi anche la semplice assenza di dolore. Viene da chiedersi, allora cos'è il dolore?

La International Association for the Study of Pain (IASP - 1986) lo descrive come “un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”. È un'esperienza individuale e soggettiva ed è il risultato di un sistema di interazioni, dove diversi fattori (ambientali, culturali, religiosi, affettivi, fisici...) ne modulano entità e caratteristiche¹.

Un'ulteriore definizione da considerare è quella di Margo McCaffery, un'infermiera dedita allo studio della gestione infermieristica del dolore, che nel 1968 disse che “il dolore è qualunque cosa che quella persona dice che sia tale e che è presente ogni volta che quella stessa persona afferma che sia presente”. Affermando che l'unico soggetto che è in grado di dire come e quando sente dolore è l'individuo stesso.

1.1 FISILOGIA DEL DOLORE

Il termine *nocicezione* va ad indicare tutti quei meccanismi di trasmissione dello stimolo doloroso dalla periferia al Sistema Nervoso Centrale (SNC); l'interazione delle diverse aree cerebrali che elaborano il segnale nocicettivo, ne consente la presa di coscienza, così si ha la percezione del dolore.

Tale percezione dolorifica può essere suddivisa in diverse componenti:

- Una componente *sensitivo-discriminativa* che permette di localizzare lo stimolo e di quantificare l'intensità e descriverne la qualità.
- Una componente *affettivo-emozionale* che consiste nella reazione dell'individuo al dolore parlando in termini emotivi.
- Una componente *cognitivo-valutativa*, che consta nella capacità di valutazione del dolore a seconda dell'educazione ricevuta e del contesto sociale.

Nel corpo umano, ci sono diversi tipi di recettori che ricevono vari segnali fisiologici. Uno di questi è il nocicettore, un recettore che è coinvolto nel sistema di risposta al dolore del corpo. I nocicettori si trovano sulla pelle, nelle articolazioni, nelle ossa, nel periostio e nei muscoli, oltre che nei tessuti viscerali. I recettori nocicettivi possono essere divisi in tre principali tipi: *chimici*, *meccanici* e *termici*.

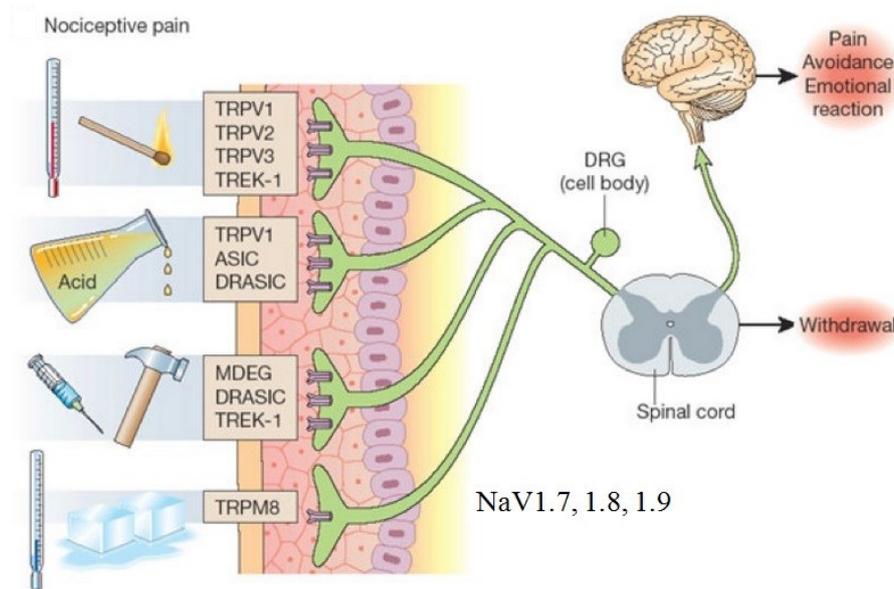
I nocicettori chimici sono stimolati da sostanze chimiche esterne, come ciò che è iniettato da una puntura di un'ape. Un altro esempio è il rilascio di sostanze chimiche,

¹ IASP Task Force on Taxonomy. (1994). *Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised)*. Seattle: IASP Press.

quali istamina e/o ioni potassio, in una ferita o in un tessuto ustionato, che causano sintomi come gonfiore e prurito.

Quelli meccanici rispondono a una pressione meccanica diretta come lo schiacciamento, così come alla pressione causata dall'edema o dall'infiammazione di un tessuto.

Il terzo gruppo, i recettori nocicettivi termici, invece reagiscono a temperature troppo calde o troppo fredde.



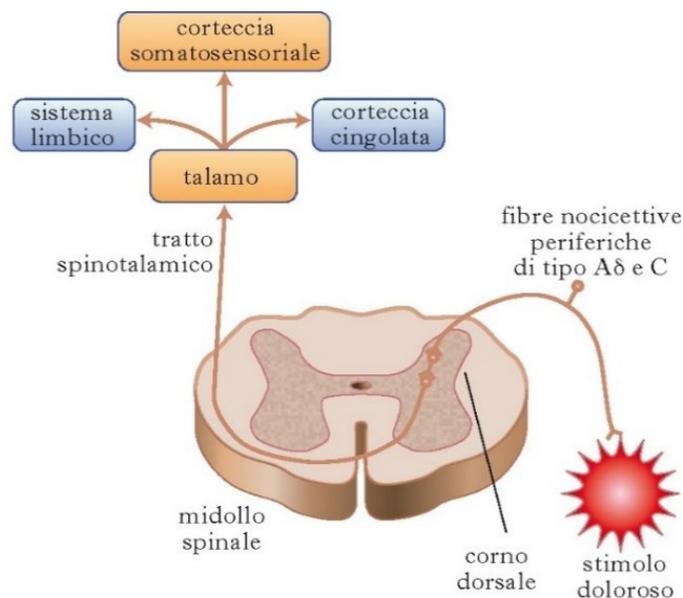
1.1.1 VIE DEL DOLORE

La sensazione dolorosa è mediata da un sistema ad alta soglia che si estende dalla periferia con i nocicettori. Questi traducono gli stimoli in potenziali d'azione che passano attraverso il corno posteriore del midollo spinale, verso la corteccia cerebrale. Dalla periferia al midollo spinale, due sono i sistemi, con modalità diverse di conduzione:

- Una via molto rapida, attraverso le **fibre A delta**, parzialmente mielinizzate, a velocità di conduzione alta, che conducono il dolore acuto (nocicettori meccanici e termici) ben localizzato.
- Una via di conduzione molto più lenta, attraverso **fibre C** a velocità minore, che sono prive di guaina mielinica e responsabili della trasmissione dell'informazione relativa ad un tipo di dolore meno localizzato, più diffuso e mal definito.

Anche dal midollo alla corteccia cerebrale, fondamentalmente sono due le vie che conducono l'impulso:

- La **via neospinotalamica**, diretta con poche sinapsi al talamo controlaterale e da qui alla corteccia. È la strada del dolore acuto, con poche implicazioni di memoria, scarsamente dotata di connotazioni esperienziali ed è responsabile di informazioni nocicettive specifiche con precise connotazioni spaziali anatomiche.
- La **via paleospinotalamica**, che invece attraversa numerose sinapsi intermedie nella sostanza reticolare, per cui l'impulso che vi passa subisce numerose modulazioni. Proietta l'informazione alle strutture limbiche e ad altre aree corticali responsabili della percezione dolorosa più diffusa e mal definita.



Per comprendere meglio la trasmissione dell'informazione nocicettiva, andiamo ad analizzare le varie stazioni implicate nelle vie.

Abbiamo il **talamo** che è la stazione di collegamento, di distribuzione dei segnali alle varie aree cerebrali, inclusa la corteccia.

La **sostanza reticolare** costituita da un complesso di cellule nervose disseminate, non raccolte in nuclei di sostanza grigia ben individuati ma immerse in un fitto intreccio di fibre nervose che le collegano tra loro e con le vie nervose ascendenti e discendenti. Questa formazione reticolare è quella che influenza la coscienza.

Il **midollo allungato**, o bulbo, è la parte più in basso del tronco cerebrale dove risiedono i centri bulbari della respirazione e il centro vasomotore che controlla il tono muscolare dei vasi, la frequenza cardiaca e il volume sistolico quindi, la pressione sanguigna.

L'asse **ipotalamo-ipofisi** regola la risposta ormonale ed endocrina. È infatti un sistema di comunicazione ormonale che funziona mediante rilascio di fattori IF da parte dell'ipotalamo, i quali entrando attraverso la via portale ipotalamica nell'adenoipofisi stimolano il rilascio di ormoni.

Il **sistema limbico** comprende una serie di strutture cerebrali e circuiti neuronali correlati a varie funzioni fondamentali, ed è a questo che si associa la regolazione della

soglia del dolore e le reazioni emozionali.

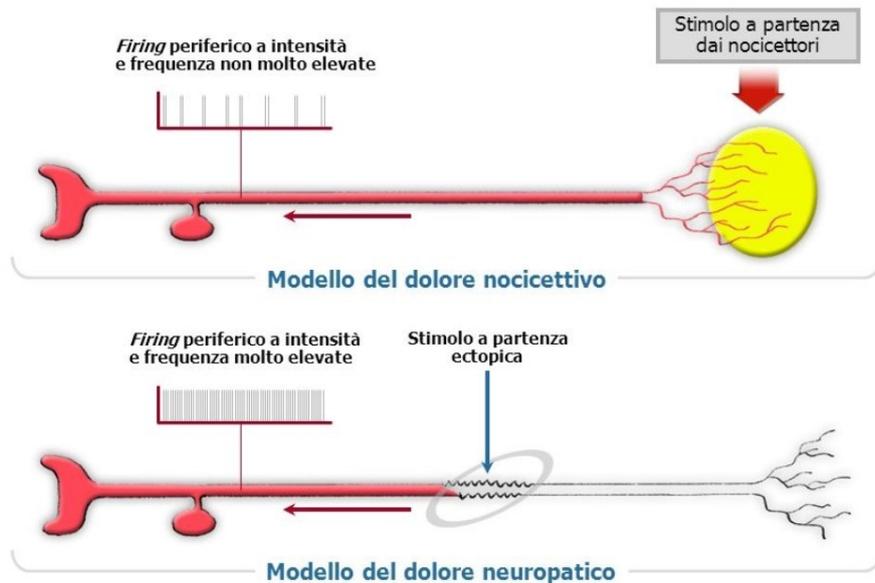
La **corteccia cerebrale** è il punto di arrivo, dove si ha la percezione sensitivo-discriminatoria del dolore, cioè si localizza la provenienza dello stimolo, la quantità e la qualità. Nella sostanza grigia, infatti, viene modulata la percezione del dolore mediante la liberazione di neurotrasmettitori, ed essendo diversa la produzione di tali oppioidi endogeni si può parlare di “soglia del dolore”, perché varia da individuo a individuo.

TALAMO	Distribuzione dei segnali alle varie aree cerebrali
SOSTANZA RETICOLARE	Influenza la coscienza
MIDOLLO ALLUNGATO	Stimola i centri del respiro e cardiovascolari
IOTALAMO-IPOFISI	Risposta endocrina ed ormonale
SISTEMA LIMBICO	Regola la soglia del dolore e le reazioni emozionali
CORTECCIA CEREBRALE	Percezione dello stimolo come dolore

1.1.2 TIPOLOGIE DI DOLORE

Il dolore può essere differenziato in:

- **Dolore nocicettivo**, che si sviluppa a livello periferico a seguito della stimolazione dei nocicettori. Può essere una lesione organica o fenomeni funzionali, che comunque determinano un danno tissutale, o qualcosa percepito come tale, in grado di stimolare i recettori nocicettivi. Questi inviano lo stimolo attraverso fibre nervose del sistema somato-sensoriale al midollo spinale, poi al talamo e alla corteccia cerebrale.
- **Dolore neuropatico**, che è causato o parte da una lesione primaria o da una disfunzione nel sistema nervoso e interessa principalmente il sistema somato-sensoriale. Può essere anche una compressione o un’afezione di una struttura nervosa (radice, plesso o tronco nervoso) o da processi somato-sensitivi anomali di varia origine. È un dolore “da proiezione” che risponde alla legge di Ruch: “lo stimolo che agisce su una via afferente in qualsiasi punto prossimale rispetto all’organo di ricezione, dà origine a una sensazione che si proietta alla periferia anziché essere percepita nella sede dello stimolo”.



- **Dolore psicogeno**, che è attivato da stazioni psico-relazionali.
- **Dolore misto**, con la variabile interazione dei precedenti.
- **Dolore idiopatico**, quando non vi è alcuna causa evidente.

Un'ulteriore divisione si deve fare per il *dolore nocicettivo*, che appunto può essere:

- **Somatico** quando è causato dall'attivazione dei nocicettori presenti nella cute o nelle mucose (detto superficiale) o nei tessuti profondi, come osso o pleura (detto profondo). È sempre un dolore acuto, continuo e gravativo, facilmente localizzabile e solitamente peggiora con il movimento.
- **Viscerale** quando è dovuto a un danno di organi innervati dal sistema nervoso simpatico. Il dolore provato è diverso in base a che si tratti di un organo cavo, per cui può essere sordo o urente, o che riguardi membrane periviscerali o mesenterici. Non è evocato dal movimento, non è facilmente localizzabile e anzi, può essere riferito in parti del corpo diverse dal punto in cui origina.

1.2 TIPI DI DOLORE CLINICO

Dal punto di vista clinico, è utile dividere il dolore in tipologie diverse per caratteristiche eziopatogenetiche, cliniche, di durata e responsività terapeutiche². Sono:

- **Dolore ACUTO**
Ha la funzione di avvisare l'individuo della lesione tissutale in corso, perché direttamente correlato ad essa. È normalmente localizzato, dura per alcuni

² Ministero della Salute. (ultimo aggiornamento 28 giugno 2013). *Definire e valutare il dolore*.
Tratto da <https://www.salute.gov.it>

giorni e tende a diminuire con la guarigione della lesione. La sua causa è generalmente chiara: legato all'intervento chirurgico, al trauma o alla patologia infettiva intercorrente.

- **Dolore CRONICO**

È duraturo, spesso determinato dal persistere dello stimolo dannoso, che mantiene la stimolazione nocicettiva anche quando la causa iniziale si è limitata. Si accompagna ad una importante componente emozionale e psico-relazionale e implica, nel paziente che ne soffre, una limitazione fisica e sociale. Questo va a compromettere in modo importante la qualità della vita, anche per le conseguenze economico-sanitarie che ne derivano.

È rappresentato soprattutto dal dolore che accompagna malattie ad andamento cronico (reumatiche, ossee, oncologiche, metaboliche...) e che più che essere un sintomo, diventa esso stesso la malattia, e come tale va curata.

- **Dolore GLOBALE**

È un concetto introdotto da Cicely Saunders nel 1967 e si riferisce principalmente, ai malati di cancro. L'infermiera Saunders, chiamandolo così voleva sottolineare la multidimensionalità e la complessità di questo dolore che è spesso espressione di una sofferenza più ampia. È un sintomo che destabilizza il malato sul piano fisico, psicologico, interpersonale ed esistenziale, ma anche sociale ed economico. È difficile da curare perché richiede, quindi, un approccio globale ed interventi terapeutici multidisciplinari.

Il concetto di dolore totale è divenuto nel tempo il punto focale delle Cure Palliative.

- **Dolore DA PROCEDURA**

Accompagna molteplici indagini diagnostico-terapeutiche, e riguarda ogni setting, situazione ed età. Il dolore si associa ad ansia e paura e spesso la sua presenza influenza in maniera importante la qualità percepita di cura. Sono numerose attualmente, le possibilità di intervento (farmacologiche e non).

1.3 FATTORI CHE INFLUENZANO L'ESPERIENZA DEL DOLORE

Riprendendo la definizione di dolore della IASP, essa spiega che “È un'esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e *componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito*”³.

È un concetto soggettivo, che va a toccare varie dimensioni, tra cui quella bio-psicosociale e spirituale e può manifestarsi perciò con ansia, depressione, disturbi dell'umore e paura.

Gli stati d'animo, i sentimenti, il carattere di una persona hanno la capacità di influenzare in modo più o meno marcato la percezione del dolore. Una percentuale alta di pazienti che si presenta in Pronto Soccorso con dolore risulta, secondo uno studio, in uno stato di ansia e all'incrementare della stessa sembra aumentare anche il dolore

³ IASP Task Force on Taxonomy. (1994). *Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised)*. Seattle: IASP Press.

percepito⁴.

In letteratura sono molti i fattori descritti come “colpevoli” di influenzare il dolore, o meglio, la percezione del dolore.

Le reazioni tipiche individuali in risposta a tale sintomo sono influenzate dall’educazione, dal substrato culturale, dal contesto sociale e dalle credenze religiose. A tal proposito, mi viene in mente una frase di Dostoevskij come semplice esempio della visione del dolore in una credenza religiosa:

*“Più scura la notte, più luminose le stelle,
più profondo il dolore, più vicino è Dio!” (Fëdor Dostoevskij)*

L’età, gli ormoni sessuali, fattori genetici, il coping al dolore e fattori emozionali sono presumibilmente coinvolti nell’influenzare la percezione dello stimolo doloroso dal paziente.

Anche tra i due sessi ci sono differenze nella nocicezione. Uno studio del 2013 afferma che sarebbero le donne a mostrare maggiore sensibilità al dolore rispetto agli uomini, una differenza che è data, non solo dal genotipo e dagli ormoni sessuali, ma anche dal diverso rilascio di oppioidi endogeni in qualità e quantità⁵. Uno studio successivo conferma poi tale dichiarazione, aggiungendo che sono le donne quelle che maggiormente sviluppano malattie dolorose⁶.

Poiché il dolore è un fenomeno complesso, un accompagnamento debilitante di molte condizioni cliniche e che dipende sia da meccanismi neuronali che dal sesso, dall’età e dall’esperienza emotiva del paziente, è importante ed essenziale che venga trattato e/o alleviato previa corretta valutazione.

2. GESTIONE DEL DOLORE

Il dolore, soprattutto acuto, è la ragione più comune per cui un paziente si presenta, in cerca di cure, al Pronto Soccorso (80% dei casi) e la gestione di tale sintomo ha una primaria importanza in quanto è associata a una maggiore soddisfazione del paziente, a una mobilitazione precoce e a una minore permanenza in ospedale.

Nonostante questo, ci sono ancora molte barriere nella gestione del dolore nei dipartimenti di emergenza, come nel Pronto Soccorso, che causano un maggior rischio di oligoanalgesia per il paziente.

2.1 OLIGOANALGESIA

Il termine oligoanalgesia, coniato da Wilson e Pendleton in un articolo del 1989⁷, va ad indicare un insufficiente riconoscimento e trattamento del dolore. Successivamente a questa pubblicazione sono stati numerosi gli studi al riguardo, in vari setting

⁴ Craven, C. M. (2013). Patient anxiety may influence the efficacy of ED pain management. *Am J Emerg Med*, 31(2), 313-318.

⁵ Bartley, F. (2013). Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth*, 111(1), 52-58.

⁶ Pieretti, D. G. (2016). Gender differences in pain and its relief. *Ann Ist Super Sanita*, 52(2), 184-189.

⁷ Wilson, P. (1989). Oligoanalgesia in the emergency department. *Am J Emerg Med*, 7(6), 620-623.

assistenziali e quindi, anche nell'area dell'emergenza, che confermano una povera gestione del dolore^{8 9}.

Inoltre, ci sono sostanziali difficoltà con i pazienti compromessi a livello cognitivo, che rischiano maggiormente di non aver sollievo dal proprio dolore¹⁰.

Un'altra causa di oligoanalgesia sono le barriere linguistiche e quindi l'impossibilità di capire cosa il paziente stia riferendo. Si aggiungono anche caratteristiche demografiche come la razza, il sesso e l'età¹¹ a contribuire all'inadeguatezza del management del dolore in emergenza.

2.2 BARRIERE NELLA GESTIONE DEL DOLORE

È noto che, in un ambiente come il Pronto Soccorso, siano presenti alcune barriere che vanno ad ostacolare l'adeguata gestione del dolore. Questi impedimenti sono raggruppati in tre principali categorie, identificate da uno studio olandese del 2012¹².

Le tre aree di responsabilità vedono imputati:

- L'assistenza sanitaria
- Gli infermieri
- I pazienti

Ad addossare la colpa all'*assistenza sanitaria*, sembra essere la mancanza di tempo che spesso si mostra a causa delle troppe cose da fare, o a causa di una carenza di linee guida o di conoscenza riguardo il pain management¹³. Un altro problema sembrerebbe essere un affollamento del Pronto Soccorso. Può derivare da una penuria di posti letto che non riescono a rispondere a un aumentato afflusso di pazienti, o da una riduzione del personale di cui risentono molti ospedali, ma comunque ciò non permette un'immediata e corretta valutazione e, quindi, somministrazione di terapia antalgica in maniera adeguata¹⁴.

Altri studi attribuiscono la colpa agli *infermieri*, o meglio, a tutta l'equipe multidisciplinare per quanto concerne il proprio comportamento nei confronti dell'analgesia e le loro convinzioni al riguardo. Un'ulteriore questione imputabile agli infermieri è la sottostima del problema, una valutazione incorretta a causa di

⁸ Stalnikowicz, M. K. (2005). Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *In J Qual Health Care*, 17(2), 173-176.

⁹ Pennacchio, S. A. (2012). Oligoanalgesia in pronto soccorso: da un audit clinico a un percorso clinico-assistenziale. *Evidence* 4(4).

¹⁰ Green, B. (2016). Do nurses in acute care settings administer PRN analgesics equally to patients with dementia compared to patients without dementia? *Collegian*, 23(2), 233-239.

¹¹ Platts-Mills, E. B. (2012). Older US emergency department patients are less likely to receive pain medication than younger patients: results from a national survey. *Ann Emerg Med*, 60(2), 199-206.

¹² Berben, M. v. (2012). Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care. *Injury*, 43(9), 1397-1402.

¹³ Duignan, D. (2008). Barriers to pain management in emergency departments. *J Emerg Nurse*, 15(9), 30-34.

¹⁴ Bergman. (2012). Emergency nurses' perceived barriers to demonstrating caring when managing adult patients' pain. *J Emerg Nurse*, 38(3), 218-225.

incongruenze tra la percezione e la descrizione dell'intensità del dolore da parte del paziente e il successivo giudizio dello stesso dall'infermiere¹⁵.

Analizzando la terza area, notiamo che a volte sono i *pazienti* stessi ad ostacolare un opportuno trattamento del dolore perché lo ritengono tollerabile, perché hanno paura di possibili effetti collaterali o perché hanno precedentemente preso un analgesico a casa. Altre volte, volendo identificare la causa del proprio dolore, essi pensano che un'eventuale assenza ne impedirebbe la riuscita, come se il medico non potesse poi trovare effettivamente il problema che lo ha causato. In alcuni casi l'ostacolo è la convinzione che la sofferenza sia un sintomo nobile da dover sopportare, anche per il rischio di spiacevoli conseguenze del prendere antidolorifici, quali dipendenza o perdita di controllo¹⁶.

2.3 POSSIBILI RIMEDI AL PROBLEMA

L'attuazione di Linee Guida per ottimizzare la gestione del dolore, per conoscere l'analgesia e per aumentare la soddisfazione degli utenti che accedono al Pronto Soccorso e la successiva educazione degli operatori sulle stesse, possono aiutare ad ovviare il rischio di oligoanalgesia in cui incorrono i pazienti.

Negli anni sono stati effettuati studi riguardo il precoce trattamento del dolore dell'utente nel dipartimento di emergenza. È noto che in un Pronto Soccorso, il primo operatore tenuto a valutare il paziente è l'infermiere di triage. L'opzione valutata come possibile è quella di poter creare e utilizzare un Nurse-Initiated Pain Protocol (NIPP)¹⁷¹⁸. Questo protocollo è una prescrizione di terapia in specifiche condizioni, dove quindi è indicata la tipologia di farmaco, il dosaggio e le indicazioni e controindicazioni alla somministrazione. Il NIPP può ridurre i tempi di attesa del paziente per avere una terapia antalgica¹⁹²⁰, quindi, ridurre l'intensità del dolore e successivamente incrementare il suo benessere durante l'attesa della visita da parte del medico. Tutto ciò porterebbe a un miglioramento della soddisfazione dell'utente, il quale si sentirebbe meno ignorato²¹.

¹⁵ Drevdahl, M. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *J Emerg Nurse, 40(1)*, 6-12.

¹⁶ Allione, m. M. (2011). Factors influencing desired and received analgesia in emergency department. *Intern Emerg Med, 6(1)*, 69-78.

¹⁷ Pierik, B. I. (2016). A nurse-initiated pain protocol in the ED improves pain treatment in patients with acute musculoskeletal pain. *Int Emerg Nurse, 27*, 3-10.

¹⁸ Savoia, C. D. (2014). Italian Intersociety Recommendations (SIAARTI, SIMEU, SIS 118, AISD, SIARED, SICUT, IRC) on pain management in the emergency setting. *Minerva Anesthesiol.*

¹⁹ Barksdale, H. W. (2016). ED triage pain protocol reduces time to receiving analgesics in patients with painful conditions. *Am J Emerg Nurse, 34(12)*, 2362-2366.

²⁰ Douma, D. O. (2016). A pragmatic randomized evaluation of a nurse-initiated protocol to improve timeliness of care in an urban emergency department. *Ann Emerg Med, 68(5)*, 546-552.

²¹ Cabilan, B. (2017). A systematic review of the impact of nurse-initiated medications in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J, 20(2)*, 53-62.

3. ORIENTAMENTI NORMATIVI

Nella storia della medicina, Galeno (129-200 a.C.) introdusse un concetto importante dicendo che “il dolore non è solo sintomo di un male, ma è, di per sé, già malattia”, consapevole del fatto che si tratta di una condizione invalidante e che porta disagio e difficoltà anche nello svolgimento delle semplici attività quotidiane²².

Paul L. Marino, un medico, scrisse nel suo libro: “contrariamente alla convinzione generale, il nostro ruolo principale (riferendosi agli operatori sanitari in genere) nel trattamento del paziente non è quello di salvare vite, obiettivo non razionalmente perseguibile, ma quello di alleviare la sofferenza”²³.

Negli anni, la tradizione culturale ha sicuramente influenzato l’atteggiamento di tutti nei confronti del dolore, spesso visto come naturale e inevitabile accompagnamento della malattia, oggi è considerato un elemento da analizzare ed eliminare per migliorare la qualità di vita.

3.1 RIFERIMENTI INTERNAZIONALI

L’**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, definendo il dolore come il sintomo che più intacca l’integrità fisica e psichica del paziente e che maggiormente preoccupa e peggiora la qualità della vita di chi ne soffre, insiste sulla necessità di trattarlo. Definisce, perfino, il consumo di morfina come misura di avanzamento di una nazione²⁴.

La **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)**, oggi solo Joint Commission, richiede, nei suoi standard di qualità, che tutti i pazienti vengano valutati per il dolore e che di conseguenza ne abbiano un trattamento adeguato. Essa attribuisce grande rilevanza alla gestione del dolore in tutte le sue manifestazioni.

I punti chiave delle Linee Guida per il trattamento del dolore – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations sono:

1. Diritto del paziente ad essere trattato contro il dolore
2. Valutare e documentare presenza, natura ed intensità del dolore in tutti i pazienti. La JC ha affermato che tale sintomo è uno dei principali responsabili dei possibili eventi avversi, sia fisici, che psicologici e per questo motivo è arrivata a considerare il dolore come quinto parametro vitale, dopo la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, la temperatura corporea e la frequenza respiratoria.
3. Assicurare la competenza del personale nella valutazione e trattamento del dolore
4. Stilare protocolli per un adeguato trattamento del dolore
5. Educare pazienti e familiari per un effettivo controllo del dolore
6. Soddisfare i bisogni del paziente per il trattamento dei sintomi dopo la dimissione²⁵.

²² Bellucci G, T. M. (2005). *La storia del dolore*. Salerno: Momento Medico.

²³ Marino, P. L. (1998). *The ICU Book, Second Edition*. Lippincott Williams & Wilkins.

²⁴ OMS. (1948). *WHO World Health Organization*. Tratto da Glossario OMS : apps.who.int

²⁵ JCAHO, Joint Commission of Accreditation for Health Organisations. (s.d.). *Pain assessment and management: guidelines*.

Altra normativa, cui facciamo riferimento è la “**Carta europea dei diritti del malato**”, scritta nel 2002 su iniziativa di Active Citizenship Network, in collaborazione con alcune organizzazioni civiche dei Paesi Europei. Nei suoi 14 punti, si pone l’obiettivo di garantire un “alto livello di protezione della salute umana” e in particolar modo, l’articolo 11 parla del dolore spiegando che ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile²⁶.

3.2 NORMATIVA NAZIONALE

Sulla Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana n. 149, venne pubblicata nel 2001 la normativa su “**L’Ospedale senza dolore**” e in accordo tra il Ministero della Sanità, le Regioni e le provincie autonome vengono stilate le Linee Guida per un tale ospedale. Queste raccomandano gli interventi da introdurre, nei servizi e nell’assistenza, con lo scopo di monitorare il dolore e alleviare le sofferenze causate dalla malattia in corso (si riferisce in particolar modo ai malati oncologici). La normativa prevede la creazione di un Comitato permanente per il dolore all’interno della struttura ospedaliera. Gli infermieri devono controllare almeno due volte al giorno il livello di dolore di ogni paziente, dal momento del ricovero fino alle dimissioni. Sempre nelle stesse Linee Guida, si spiega che la misurazione del sintomo avviene attraverso una scala validata o con strumenti idonei al tipo di paziente che si ha di fronte²⁷.

Nel 2005 Cittadinanzattiva, stila una “**Carta dei diritti sul dolore inutile**” divisa in punti, in cui emerge la necessità di trattare il dolore per evitare che, come una malattia, si cronicizzi diventando esso stesso la patologia. Afferma l’importanza di ascoltare la sofferenza espressa dalla persona, perché il dolore ha caratteristiche soggettive e individuali, e che la considerazione e la cura di questo sintomo dovrebbe essere considerato come uno standard di qualità professionale e un dovere deontologico.

Gli 8 articoli sono:

1. Diritto a non soffrire inutilmente
2. Diritto al riconoscimento del dolore
3. Diritto di accesso alla terapia del dolore
4. Diritto a un’assistenza qualificata
5. Diritto a un’assistenza continua
6. Diritto ad una scelta libera e informata
7. Diritto del bambino, dell’anziano e dei soggetti che “non hanno voce”
8. Diritto a non provare dolore durante gli esami diagnostici invasivi e non²⁸.

²⁶ European Charter of Patients' Rights. (2002). *Active citizenship network*. Tratto da [cittadinanzattiva: https://www.cittadinanzattiva.it](https://www.cittadinanzattiva.it)

²⁷ Ministero della sanità, Regioni e provincie autonome. (2001, maggio 24). *Ospedale senza dolore*. Tratto da Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana: <https://www.gazzettaufficiale.it>

²⁸ Cittadinanzattiva. (2005). *Carta dei diritti sul dolore inutile*. Tratto da Tribunale per i diritti del malato: <https://cittadinanzattiva.it>

3.3 NORMATIVA INFERMIERISTICA

Accertare il dolore significa raccogliere informazioni, sia sulle cause fisiche, sia sugli stimoli emotivi e mentali che ne influenzano la percezione individuale. L'infermiere è colui che osserva, ascolta e valuta il dolore nel contesto della persona nella sua globalità e interezza. Possiamo affermare che l'infermiere è il professionista privilegiato per rilevare il dolore, poiché per la propria formazione ha la capacità di coglierlo come una sensazione che ha un certo significato per la persona, tramite la relazione.

È importante ribadire che non è solo una capacità, ma anche un dovere.

Il Decreto Ministeriale 739 del 1994, quello che è il **Profilo Professionale**, chiama l'infermiere professionista sanitario e come tale, responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Nel comma 2 dell'articolo 1 afferma che "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, *palliativa* e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale ed educativa."²⁹.

Il **Codice Deontologico**, considerato il patto infermiere-cittadino, fissa le norme dell'agire professionale dell'infermiere. L'ultima edizione è stata approvata dal Consiglio Nazionale dell'Aprile 2019.

Nel Capo IV intitolato "Rapporti con le persone assistite" abbiamo dieci articoli, tra cui il 18 che riguarda propriamente il dolore. Recita:

"L'infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto della volontà della persona."³⁰.

È altrettanto utile nominare le raccomandazioni proposte e individuate dalla collaborazione di alcune Società Scientifiche italiane (**SIAARTI – SIMEU – IRC – SIARED – SIS 118 – AISD – SICUT**) nel 2013. Lo scopo era quello di trovare un accordo intrasocietario riguardo la gestione e il trattamento del dolore in emergenza. Il risultato è stato il comune pensiero che sia importante valutare accuratamente il paziente e la sua sintomatologia dolorosa, sia in ambito pre-ospedaliero (come affermato anche da un altro articolo³¹) che in Pronto Soccorso (PS). Il fine è scegliere il giusto analgesico e la corretta via di somministrazione ed eseguire poi, una corretta rivalutazione³². Inoltre, si spiega che un consistente vantaggio nei tempi di trattamento del dolore potrebbe essere raggiunto tramite l'introduzione di protocolli analgesici di guida infermieristica per il triage.

²⁹ Ministero della Salute. (1994, settembre 14). *DM 739/94: il Profilo Professionale dell'Infermiere*.
Tratto da <https://www.salute.gov.it>

³⁰ FNOPI. (2019). *Codice Deontologico dell'Infermiere*. Tratto da FNOPI: <https://www.fnopi.it>

³¹ Aries, M. P. (2016). Pre-hospital emergency medicine: pain control. *The Lancet*, 387.

³² Savoia, C. D. (2014). Italian Intersociety Recommendations (SIAARTI, SIMEU, SIS 118, AISD, SIARED, SICUT, IRC) on pain management in the emergency setting. *Minerva Anesthesiol.*

Nonostante questa vasta fornitura di raccomandazioni e riferimenti normativi, l'inadeguatezza del trattamento del dolore in emergenza è ampiamente documentata e rimane molto elevata la percentuale di pazienti che non vengono trattati³³.

Anche nel nostro Paese sembra ancora poco conosciuta la pratica del pain management durante le fasi di triage. È vero, allo stesso tempo, che alcune Regioni si sono attivate e hanno creato dei programmi per la creazione di procedure specifiche per il trattamento precoce del dolore in fase di triage. Le Marche è tra queste, con la realizzazione e lo sviluppo, da parte dell'*Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona*, di un protocollo chiamato "**Gestione del dolore al triage**" emesso nel novembre 2016³⁴.

4. IL PERCORSO ASSISTENZIALE

La struttura di Pronto Soccorso opera sulle 24 ore e l'accesso dell'utente avviene tramite **triage**. È il punto in cui l'infermiere triagista deve individuare la priorità di accesso alle sale visita mediante attribuzione di codici colori che determinano la gravità e i tempi di attesa, che siano equi in base alle condizioni del paziente. Il triage avviene sulla base dei sintomi di presentazione e della misurazione dei parametri vitali, tra cui il dolore.

I codici colori vanno dal ROSSO, per cui si ha immediato accesso alla sala emergenza, al BIANCO, in cui il paziente potrebbe tranquillamente essere visitato dal medico di medicina generale e non vi è urgenza. I codici intermedi sono il GIALLO, in cui il paziente è mediamente critico ed è possibile che sia in pericolo di vita per il rischio evolutivo della condizione; e il VERDE, in cui non vi sono rischi evolutivi e anzi, le prestazioni sono differibili.



L'infermiere di triage è colui che prende in carico il paziente dal momento in cui entra in Pronto Soccorso, dall'assegnazione del codice colore all'acquisizione dell'utente da

³³ Fry, R. A. (2004). A prospective study of nurse initiated panadeine forte: expanding pain management in the ED. *Accid Emerg Nurs*, 12(3), 136-140.

³⁴ SOD Pronto Soccorso, Dipartimento DEA. (2016, novembre 15). Gestione del dolore al triage, protocollo. Ospedali Riuniti Ancona.

parte del medico o della sala visita, quindi ne è responsabile per tutto il tempo di attesa.

Un infermiere triagista, lo diventa con la frequenza a un corso di preparazione specifico, di diversa durata. Ha diverse responsabilità e tra queste, ci deve essere la gestione tempestiva del dolore. È stato ampiamente dimostrato che l'introduzione della valutazione del dolore tra i parametri da inserire direttamente al triage determina un importante miglioramento clinico³⁵. Oltre ad avere un'importanza nel procurare sollievo alla persona dalla propria sofferenza, sembra ci siano correlazioni tra la riduzione del dolore e l'accorciamento dei tempi di attesa prima della visita. Questo risulta possibile grazie all'utilizzo di scale di valutazione che velocizzano i tempi di misurazione e di trattamento³⁶.

Uno studio condotto nel 2004, afferma che sono due i vantaggi nel trattare la sintomatologia dolorosa in modo precoce. Prima di tutto, il medico non ha bisogno di focalizzarsi sui sintomi che sono stati placati precedentemente, potendo direttamente considerare la diagnosi e il trattamento. In secondo luogo, la persona vive un'esperienza migliore in quanto si sente più considerata dal professionista³⁷. Inoltre, è stato dimostrato che il ritardo o la mancata sedazione del dolore è motivo di disagio e sofferenza da parte del paziente e, soprattutto, lo mal dispone nei confronti del personale sanitario, rendendolo più aggressivo³⁸.

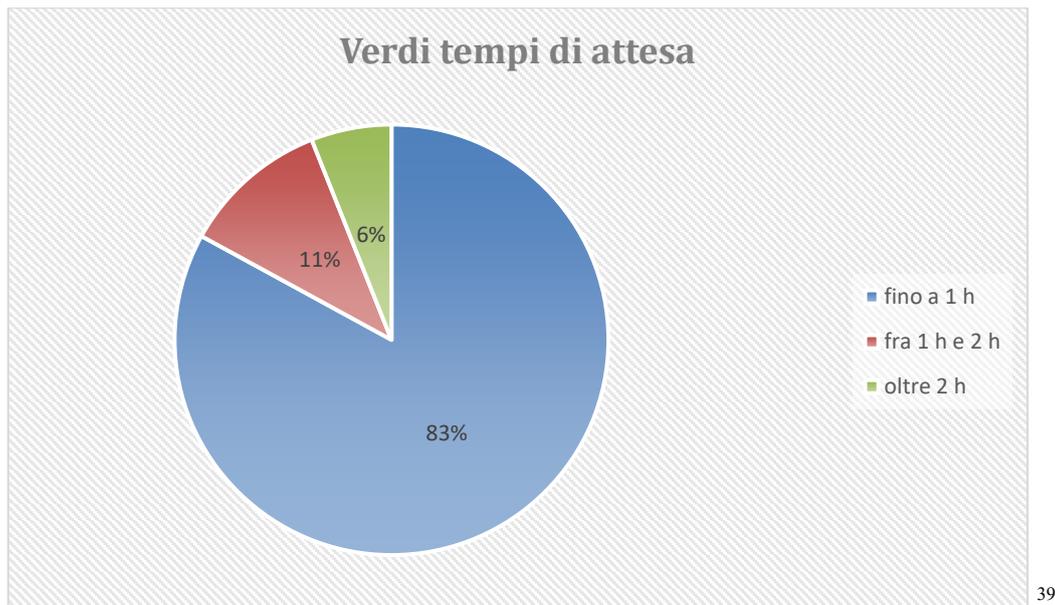
Nel 2009, una ricerca ha analizzato i dati di accesso in un Pronto Soccorso italiano ed è risultato che il 79% degli utenti entrava con sintomatologia dolorosa. È la prima cosa che dichiara un paziente al triage, in cerca di soluzione e nella maggior parte delle note di triage appare la scritta "dolore" o "algia". Le cause sono varie, dai traumi, alle infezioni, ad esacerbazioni di dolore cronico associato o no a patologie progressive.

³⁵ Sepahvand, G. H. (2019). The use of a nurse-initiated pain protocol in the emergency department for patients with musculoskeletal injury: a pre-post intervention study. *Pain Manag Nurs*, 20(6), 639-648.

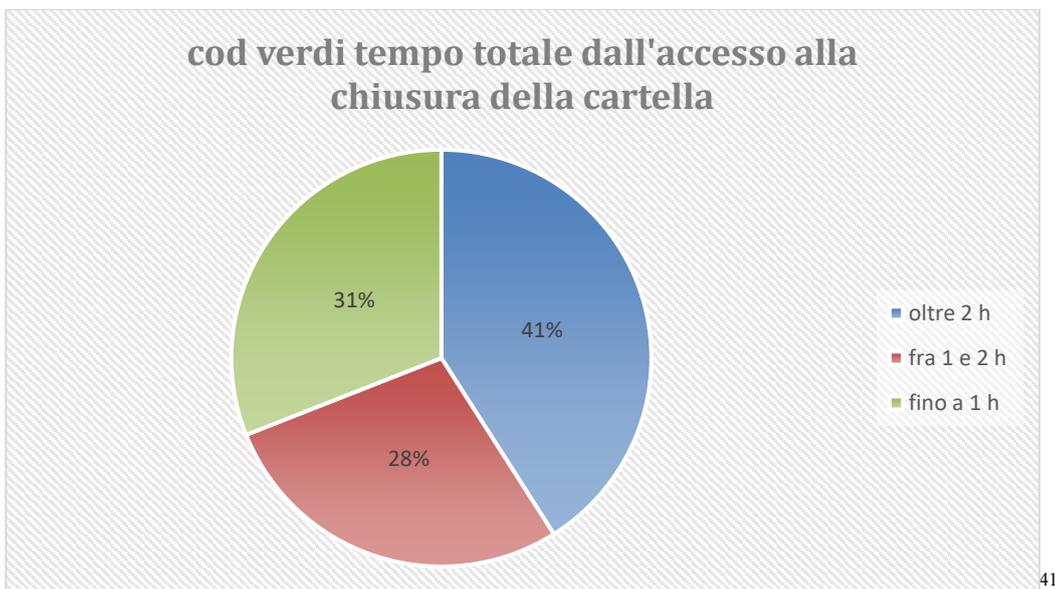
³⁶ Fosnocht, S. (2007). Use of a triage pain control protocol in the ED. *Am J Emerg Med*, 25(7), 791-793.

³⁷ Nairn, W. M. (2004). The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Acc and Emerg Nurs*, 12(3), 159-165.

³⁸ Fry, R. A. (2004). A prospective study of nurse initiated panadeine forte: expanding pain management in the ED. *Accid Emerg Nurs*, 12(3), 136-140.



Lo studio continua analizzando i tempi di attesa dei codici verdi e bianchi. Focalizzando l'attenzione sui codici verdi, non è vastissima la percentuale di chi aspetta più di due ore o tra una e due ore, però si innalza se consideriamo che di questi circa l'80% ha dolore, non valutato e non trattato⁴⁰.



³⁹ Fonte figura 6 Protocollo (nota 38).

⁴⁰ Nunziante, P. (2007/08). Progetto di controllo del dolore in Pronto Soccorso: introduzione di strumenti di valutazione. *Tratto da "Il coordinatore e la politica di controllo del dolore in Pronto Soccorso"*. Master in Management per le Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche.

⁴¹ Fonte figura 7 Protocollo (nota 38)

Questi dati spiegano il clima di insoddisfazione che si respira in sala d'attesa e le continue lamentele delle persone che aspettano il proprio turno.

Oggi risulta sempre più importante considerare la percezione delle cure ottenute e la soddisfazione dell'utente, per riuscire a raggiungere elevati standard di qualità. Un articolo ha analizzato la gratificazione degli utenti tramite un questionario e ha mostrato che c'è maggiore correlazione tra la soddisfazione e il fatto che il dolore sia effettivamente stato trattato, non tanto per la remissione del sintomo quanto per l'accorgimento dell'infermiere nei suoi confronti.

In generale, però i pazienti sembrano maggiormente soddisfatti quando ricevono adeguate e maggiori informazioni riguardo il protocollo usato per la loro condizione, continua lo studio⁴².

La conferma a tale studio è stata realizzata grazie a delle interviste su pazienti e parenti degli stessi, che durante la loro visita al Pronto Soccorso sembrano essere più soddisfatti quando ricevono maggiori indicazioni e informazioni riguardo possibili cause e trattamenti del dolore, e allo stesso tempo sono supportati e invitati a partecipare alle proprie cure⁴³.

5. VALUTAZIONE

La valutazione del dolore ha lo scopo di diagnosticare la causa, comprendere l'impatto che ha sulla persona, identificare la strategia terapeutica più adeguata e verificarne poi l'efficacia.

Nella presa in carico del paziente con dolore, che deve essere individualizzata, si deve tenere conto del tipo, della localizzazione, della durata, dell'intensità e delle caratteristiche del sintomo. Inoltre, è un processo multidimensionale in cui si valutano tutte le componenti della sofferenza, dal livello fisico, a quello psicologico, sociale e spirituale.

Quindi si svolge un'anamnesi multidimensionale, la valutazione tramite strumenti appropriati, la pianificazione di interventi e successivamente la rivalutazione di quanto attuato.

L'uso di scale validate e di report, o sistemi di autovalutazione del dolore da parte del paziente, sembrerebbe velocizzare i tempi di gestione e anzi, è la chiave per un'effettiva e adeguata amministrazione del parametro⁴⁴.

⁴² Bozimowski. (2012). Patient perceptions of pain management therapy: a comparison real-time assessment of patient education and satisfaction and registered nurse perceptions. *Pain Management Nursing*, 13(4), 186-193.

⁴³ Forsgarde, F. A. (2016). Powerlessness: dissatisfied patients' and relatives' experience of their emergency department visit. *Int Emerg Nurs*, 25, 32-36.

⁴⁴ Vuille, F. F. (2018). Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: a qualitative study. *J Clin Nurs*, 27(3-4), 669-676.

5.1 SCALE DI VALUTAZIONE

Le scale di valutazione del dolore sono strumenti validati e condivisi, con lo scopo di ottimizzare il processo assistenziale attraverso una lettura oggettiva e comparabile del parametro del dolore. Devono essere per definizione affidabili, valide e sensibili, che cioè siano capaci di cogliere eventuali variazioni dell'evento dolore. Sono molte quelle attualmente utilizzate e ciascuna ha punti di forza e di debolezza⁴⁵.

5.1.1 SCALE UNIDIMENSIONALI

Con l'applicazione delle linee guida del progetto "Ospedale senza dolore", da anni si è esteso l'utilizzo di scale unidimensionali validate, anche se già nel 1996 erano state create dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

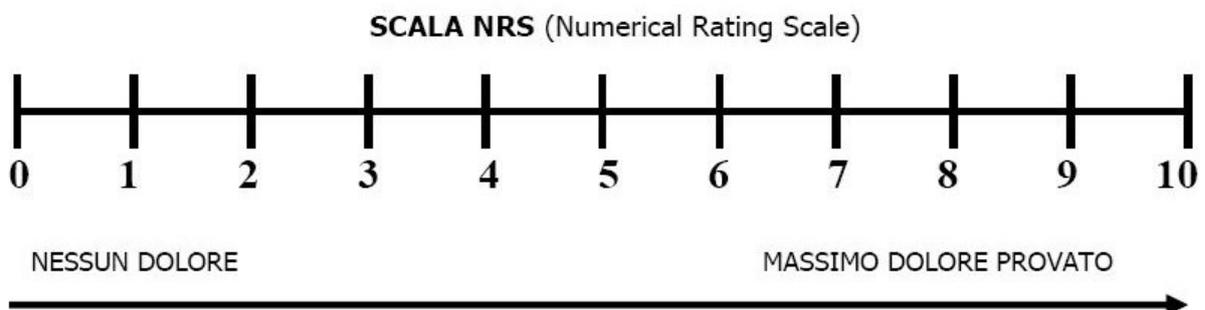
"Unidimensionale" o monodimensionale significa che valuta un unico aspetto del dolore, ovvero la sua intensità. Sono quattro le scale monodimensionali usate:

- Scala numerica (NRS)
- Scala verbale (VRS)
- Scala analogica – visiva (VAS)
- Scala delle espressioni facciali

SCALA NUMERICA - NUMERICAL RATING SCALE (NRS)

È uno strumento di misurazione unidimensionale, quantitativa e numerica ad 11 punti per valutare l'intensità del dolore. È semplice da utilizzare e quella da preferire⁴⁶; prevede soltanto che l'operatore chieda al paziente di selezionare il numero che meglio descrive la severità del proprio dolore in quel momento. Si deve considerare lo 0 come "assenza di dolore" e il 10 come il "peggior dolore possibile".

L'unico svantaggio è rappresentato dalla difficoltà di definire in maniera numerica il dolore provato.



⁴⁵ Feldt. (2007). Pain measurement: present concerns and future directions. *Pain Med*, 8(7), 541-543.

⁴⁶ Downie, L. R. (1978). Studies with pain rating scale. *Annals of the rheumatic disease*, 37, 378-381.

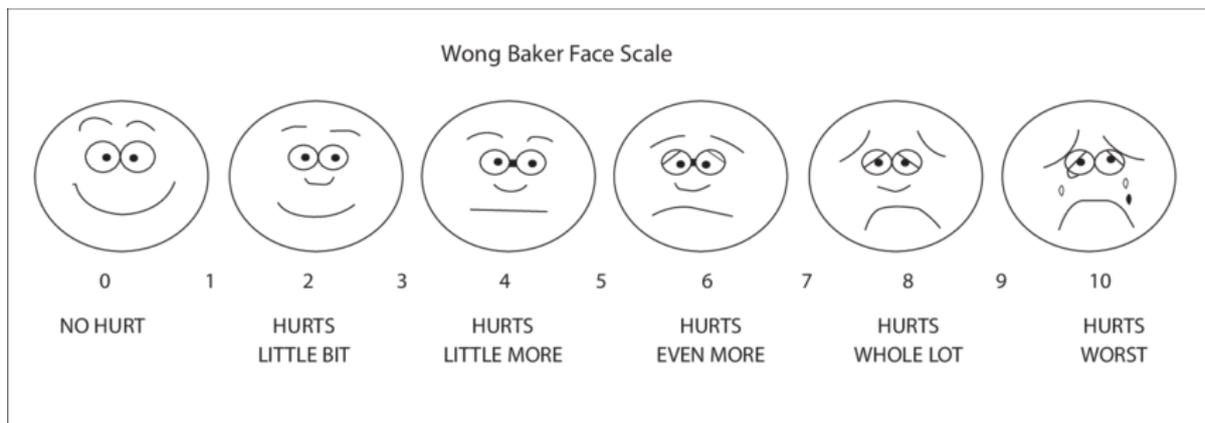
La distanza che si misura a partire dall'estremità 0 al segno fatto dall'utente rappresenta la misura soggettiva del dolore in quel momento. L'operatore che la somministra deve poi rapportarla al punteggio che ne risulta dalla scala graduata posta sul retro.

Questa scala presenta maggiori limitazioni legate alla necessità di coordinazione visiva e motoria che richiede al paziente, nonostante sia comunque semplice e comprensibile da tutti, rapida e facilmente ripetibile. Può essere utilizzata anche con bambini maggiori di sette anni di età.

SCALA DELLE ESPRESSIONI FACCIALI – WONG-BAKER FACES PAIN RATING SCALE

La scala delle espressioni facciali è stata sviluppata da due infermiere, D. Wong e C. Baker, con lo scopo di permettere ai bambini di comunicare il proprio dolore e agli operatori di capirlo. Adesso è utilizzata in tutto il mondo su persone dai tre anni in poi, non è più limitata ai soli bambini, per facilitare la comunicazione e consentire una migliore gestione del dolore con tutti.

La scala raffigura sei facce andando da quella con l'espressione felice, che rappresenta l'assenza di dolore, a quella che piange che mostra il peggior dolore possibile.



Esiste una versione con delle facce adulte, a conferma del fatto che può essere usata con chiunque, persino con persone che non sanno contare e pazienti che mostrano demenza. È stato inoltre dimostrato che può essere somministrata a persone/bambini di ogni cultura, vista l'inutilità di utilizzare parole.

5.1.2 SCALE MULTIDIMENSIONALI

Le scale multidimensionali sono strumenti che non si focalizzano solo sull'intensità del dolore, ma valutano anche altri aspetti, come quello sensoriale-discriminativo, motivazionale-affettivo e cognitivo-valutativo. Vedendo il dolore come un'esperienza sensoriale complessa, le scale multidimensionali valutano anche la parte relazionale e la vita dei pazienti, dando un quadro più preciso del problema.

La loro complessità però ne limita l'utilizzo in ogni setting assistenziale e richiede un

maggior impiego di tempo. In Pronto Soccorso e in ambiente extraospedaliero non è conveniente usare tali strumenti⁴⁹.

MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE (MPQ)

È una classificazione di termini che descrivono diversi aspetti del dolore. Sono suddivisi in tre classi maggiori che valutano rispettivamente la dimensione sensoriale, quella emotivo-affettiva e quella valutativa. In aggiunta, per misurare l'intensità vi è la Verbal Rating Scale (VRS) e un disegno di un corpo umano visto da davanti e da dietro, per permettere di identificare la localizzazione del dolore⁵⁰ [Allegato 1].

Ha dimostrato affidabilità e utilità, e una potenziale capacità di aiutare nella diagnosi differenziale in quanto ogni tipologia di dolore ha un'ampia serie di descrittori verbali. È chiara la necessità che il paziente sia esente da demenza e deficit cognitivi, per far sì che sia considerata valida.

La MPQ standard richiede più tempo per essere compilata, per questo lo stesso autore ne ha sviluppata una più breve chiamata Short Form del McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)⁵¹. Essa è costituita da 15 vocaboli descrittivi connessi alla dimensione sensitiva e affettiva. Lo stesso autore ha studiato la correlazione tra i risultati ottenuti da questo modulo breve e quello originale standard e risulta alta [Allegato 2].

BRIEF PAIN INVENTORY (BPI)

È un questionario inizialmente creato per i malati oncologici, ma oggi usato per tutti i tipi di pazienti. Questo modulo va ad indagare l'intensità del dolore, ma anche la disabilità che esso provoca nello svolgere le attività di vita quotidiana.

Viene somministrata al paziente che la compila nelle varie parti e riguarda le ultime 24 ore. È costituita, quindi, dalla parte inerente all'intensità e la parte della limitazione funzionale. La seconda è altrettanto divisa in due parti, una per la limitazione nelle attività e l'altra nella vita relazionale e affettiva.

Ogni domanda ha un punteggio da 0 a 10, tra cui deve scegliere l'utente, considerando che 10 riguarda il dolore peggiore immaginabile che ha una forte correlazione con la limitazione all'attività in questione.

Come l'altra richiede troppo tempo alla compilazione per poter essere utilizzata in un reparto come il Pronto Soccorso, che richiede rapidità di valutazione e gestione.

⁴⁹ Jennings, C. B. (2009). Measuring acute pain in the prehospital setting. *J Emerg Med*, 26(8), 552-555.

⁵⁰ Melzack. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.

⁵¹ Melzack. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197.

PAIN IN ADVANCED DEMENTIA (PAINAD)

La scala PAINAD si utilizza con pazienti che non comunicano o che mostrano un deterioramento cognitivo o con demenza di qualunque tipo, nei quali non è possibile utilizzare scale in cui serve collaborazione dell'utente o quelle numeriche⁵².

Si basa sull'osservazione, da parte dell'operatore, di cinque indicatori (respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo e consolazione) ai quali viene poi assegnato un punteggio che consente una sovrapposizione con la Numerical Rating Scale (NRS).

INDICATORI	0	1	2
<i>Respirazione</i>	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea
<i>Vocalizzazione</i>	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti
<i>Espressioni del volto</i>	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie
<i>Linguaggio del corpo</i>	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire
<i>Consolazione</i>	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca rassicurazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione

Il punteggio che ne risulta dalla somma dei 5 indicatori, indica l'intensità del dolore. Sulla base della scala numerica si classifica in:

- Dolore assente (0)
- Dolore lieve (1-3)
- Dolore moderato (4-6)
- Dolore severo (7-10)

L'utilizzo di uno strumento adatto per le persone affette da decadimento cognitivo, si è reso molto utile negli anni, poiché alcuni studi hanno dimostrato che, spesso, date le barriere comunicative dovute alla patologia, gli anziani rischiano di ricevere meno analgesici rispetto a chi riesce a comunicare normalmente. La loro patologia non inficia la percezione dello stimolo nocicettivo, per cui non provano un livello minore di dolore, ma lo stesso, e per tale ragione devono essere accuratamente valutati e trattati.

Inoltre, per quanto riguarda un reparto di emergenza, tale scala multidimensionale è risultata essere molto di aiuto per poter registrare il parametro del dolore, anche se

⁵² Warden, H. V. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc*, 4(1), 9-15.

risulta efficace il sostegno dei parenti e caregivers per capire questa tipologia di pazienti al meglio⁵³.

SCALA FLACC

La scala FLACC è un sistema di misurazione del dolore creato e che viene utilizzato per bambini dai 2 mesi ai 7 anni di età⁵⁴.

Anch'essa come la PAINAD si basa su cinque parametri (espressioni del volto, gambe, attività, pianto e consolabilità) a ognuno dei quali viene associato un punteggio da 0 a 2, per avere un valore totale massimo di 10 sommando le parti.

Il nome deriva dall'acronimo inglese dei nomi dei cinque parametri da analizzare: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability.

FLACC Scale ²		0	1	2
1	Face	No particular expression or smile.	Occasional grimace or frown, withdrawn, disinterested.	Frequent to constant frown, clenched jaw, quivering chin.
2	Legs	Normal position or relaxed.	Uneasy, restless, tense.	Kicking, or legs drawn up.
3	Activity	Lying quietly, normal position, moves easily.	Squirming, shifting back and forth, tense.	Arched, rigid or jerking.
4	Cry	No crying (awake or asleep).	Moans or whimpers; occasional complaint.	Crying steadily, screams or sobs, frequent complaints.
5	Consolability	Content, relaxed.	Reassured by occasional touching, hugging or being talked to, distractible.	Difficult to console or comfort.

Sulla base del punteggio ottenuto si può classificare il bambino come:

- Rilassato o a proprio agio (0)
- Con lieve sofferenza (1-3)
- Con sofferenza moderata (4-6)
- Con grave sofferenza o dolore (7-10)

⁵³ Fry, E. (2018). Pragmatic evaluation of an observational pain assessment scale in the emergency department: The Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Australas Emerg Care*, 21(4), 136-138.

⁵⁴ Merkel, V-L, S. (1997). The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs*, 23(3), 293-297.

La disponibilità di diversi strumenti di valutazione rende possibile una misurazione più accurata del dolore e delle sue ripercussioni sulla qualità di vita. Al fine di evitare la sovra- o sottostima del dolore, è essenziale che la valutazione sia condotta da personale esperto.

Poiché un efficace controllo del dolore inizia da una corretta valutazione è importante considerare il tempo a disposizione. In un reparto come il Pronto Soccorso, dove è necessario eseguire un triage rapido non è possibile utilizzare scale di valutazione che impieghino troppo tempo per la compilazione, per cui sono consigliate da vari studi la NRS e la scala PAINAD per gli adulti, e per i pazienti pediatrici la Wong-Baker FPS e la FLACC.

Il punteggio rilevato dal triagista deve essere inserito nella voce “Parametri Vitali” del programma utilizzato dall’ospedale o nella cartella e va segnalata la scala utilizzata.

5.2 OSSERVAZIONE

Nonostante si debbano somministrare delle scale di valutazione, non si può lasciare da parte l’osservazione, soprattutto se si somministra uno strumento numerico che riguarda solo l’intensità del dolore. Un utente che indica un dolore lieve, potrebbe invece mostrare all’occhio dell’infermiere una condizione dolorosa più vigorosa per l’espressione del volto, o per i movimenti del corpo che involontariamente riflettono il bisogno di trovare una posizione cosiddetta antalgica, che induca cioè meno dolore. Anche dei cambiamenti del tono dell’umore o dei processi di pensiero possono riflettere una condizione dolorosa.

Spesso c’è correlazione con l’alterazione di altri parametri vitali, quali la frequenza cardiaca (FC), quella respiratoria (FR) e la pressione arteriosa (PA)⁵⁵. Durante la visita al triage, si devono misurare i segni vitali e valutare eventuali associazioni con alterazioni degli stessi. Non è presente necessariamente la modificazione degli altri in presenza di dolore, ma può verificarsi.

Per tali ragioni, l’osservazione da parte dell’infermiere di triage deve essere effettuata dal momento in cui un paziente entra in Pronto Soccorso, e per tutta la durata dell’attesa, fino alla chiamata per la visita. Se si osserva un cambiamento, un peggioramento delle condizioni del paziente, il codice colore può essere modificato.

5.3 COMUNICAZIONE

La comunicazione, con la successiva creazione di una relazione terapeutica, per quanto breve possa essere nell’ambito del Pronto Soccorso, è di notevole rilevanza. Il paziente è la principale fonte di informazioni utili per capire quale problema lo abbia portato lì e quindi attribuirgli un adeguato codice colore.

È il principale metodo per valutare il dolore, insieme alle scale e all’osservazione, perché il paziente può non solo descrivere l’intensità, ma anche la localizzazione e quando insorge, ad esempio. A tale scopo si può utilizzare lo schema PQRST:

⁵⁵ Saccò, Meschi, Regolisti, Detrenis, Bianchi, Bertorelli, Pioli, Magnano, Spagnoli, Giuro, Fiaccadori, Caiazza (2013). The relationship between blood pressure and pain. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 15(8), 600-605.

- **P. Palliative** “Cosa calma il Dolore?”
Provocative “Cosa provoca il Dolore?”
- **Q. Quality** “Caratteristiche”
- **R. Radiation** “Si irradia, dove?”
- **S. Severity** “Quanto?” (scale)
- **T. Timing** “Quando?”

56

Come abbiamo precedentemente visto, ci sono studi che associano una maggiore soddisfazione dei pazienti con una migliore conoscenza, ottenuta grazie alle informazioni riguardo la propria condizione, che gli fornisce il personale sanitario⁵⁷. È proprio la comunicazione il mezzo utilizzato a questo scopo, oltre ad essere utile a ridurre l'ansia.

Anche durante la visita al triage, l'utente ha diritto ad avere informazioni riguardo le possibili cause del proprio dolore e su quali sono le possibilità di terapia analgesica durante l'attesa.

5.4 RIVALUTAZIONE

Dopo la prima valutazione, è importante eseguire la rivalutazione.

Il dolore è uno dei parametri che deve essere rivisto negli utenti in attesa, perché si deve assegnare la priorità o un codice colore superiore nel momento in cui vi sia un peggioramento della condizione. Inoltre, serve anche a valutare l'efficacia o meno dell'intervento attuato, se realizzato.

Si deve somministrare o la stessa scala di valutazione fornita precedentemente, o la “Scala del sollievo dal dolore”. È uno strumento alternativo, una variante della scala numerica verbale (VNRS), dove agli estremi ci sono in questo caso, “nessuno sollievo” e “sollievo completo”, andando da 0 a 10 come l'altra scala.

Il parametro va aggiunto in cartella o nella documentazione di triage ogni volta che viene rivalutato.

I momenti adatti per la rivalutazione del dolore sono: il momento di accesso in sala visita (al pari degli altri parametri), dopo sessanta minuti dalla somministrazione della terapia analgesica, ogni ora durante la permanenza in Pronto Soccorso e ogni volta che viene sollecitato dal paziente durante la permanenza.

⁵⁶ Scala PQRST, METODICHE DI VALUTAZIONE

⁵⁷ Forsgarde, F. A. (2016). Powerlessness: dissatisfied patients' and relatives' experience of their emergency department visit. *Int Emerg Nurs*, 25, 32-36.

6. TRATTAMENTO DEL DOLORE

Molti studi hanno dimostrato che un precoce trattamento del dolore, da parte del triagista subito dopo valutazione del parametro, ha ridotto di molto il tempo di attesa del paziente. Egli si sente maggiormente preso in carico e il sollievo dal dolore favorisce in lui un atteggiamento calmo e meno aggressivo durante l'attesa della visita del medico⁵⁸.

A tale intento, sono utili interventi di ogni tipo, farmacologico e non farmacologico. L'attivazione di protocolli interni o procedure per attuare il trattamento precoce del dolore da parte dell'infermiere, dopo aver identificato e assegnato il codice colore per quel caso, risulta utile ed efficace⁵⁹.

6.1 INTERVENTI NON FARMACOLOGICI

L'infermiere al triage deve, durante tutta l'attesa del paziente, far sì che non rimanga sofferente nella sua condizione. Questo non prevede solo un trattamento farmacologico, ma a volte risulta più utile una gestione priva di terapia analgesica. Innanzi tutto, la rassicurazione e un atteggiamento empatico possono aiutare ad alleviare un po' il dolore. Per calmare l'ansia sono utili eventuali spiegazioni riguardo le probabili cause del dolore e sulla possibile evoluzione della situazione. La gestione di questi aspetti, insieme all'uso di tecniche psicologiche come la distrazione sono necessari per alleviare la sofferenza durante l'attesa. Soprattutto se il paziente è pediatrico, può risultare utile farlo attendere in un ambiente che sia rassicurante, insieme ai propri genitori.

Oltre all'aspetto psicologico c'è quello fisico, per cui, in base alla sede, la causa e il tipo di dolore si può: applicare ghiaccio localmente, immobilizzare eventuali fratture o parti del corpo lese, elevare la parte dolente o posizionare l'eventuale arto in scarico, consigliare una giusta postura, far assumere la posizione antalgica che risulti migliore per l'assistito, eseguire la medicazione di una ferita o lesione e irrigare eventuali tessuti.

6.2 INTERVENTI FARMACOLOGICI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sviluppato delle linee guida che dividono il dolore in base all'intensità, quindi, in base al punteggio ottenuto con somministrazione della scala numerica NRS e/o visuale analogica VAS. Da questa divisione si ottengono tre campi⁶⁰.

Inizialmente sono state create solo per la gestione del dolore nei pazienti oncologici, poi sono state allargate anche ad altre tipologie di pazienti negli anni.

La scala creata dalla WHO (World Health Organizations) è divisa in tre gradini, in

⁵⁸ Downey, Z. (2010). Pain management in the emergency department and its relationship to patients' satisfaction. *J Emerg Trauma Shock*, 3(4), 326-330.

⁵⁹ Barksdale, H. W. (2016). ED triage pain protocol reduces time to receiving analgesics in patients with painful conditions. *Am J Emerg Nurse*, 34(12), 2362-2366.

⁶⁰ WHO. (2007). WHO normative guidelines on pain management. Genève.

base ai tre livelli di dolore (lieve, moderato, severo), a ognuno dei quali è associata una classe farmacologica.



61

Come si può vedere, i livelli di dolore sono tre, così divisi:

- Dolore lieve (1-3)
- Dolore moderato (4-6)
- Dolore severo (7-10)

Si basa sui principi enunciati dalla stessa Organizzazione precedentemente, che vengono così descritti:

- By the mouth: iniziare dalla via di somministrazione orale, per poi passare ad altre vie se necessario.
- By the clock: preferire la somministrazione ad orari prefissati, per mantenere un maggiore controllo del dolore.
- By the ladder: seguire la scala, facendo interventi graduali dal minore al maggiore.
- By the individual: ogni persona ha manifestazioni diverse, fare scelte individualizzate e controllare effetti collaterali.
- Attention to details: fare attenzione ai dettagli⁶².

Lo scopo delle linee guida OMS è quello di iniziare dal gradino più basso, dalla più bassa dose efficace, in base al dolore riportato dal paziente; poi per un'eventuale inefficacia, raggiunta la dose massima per una scala, si passa al gradino successivo. La terapia farmacologica del dolore mira a mantenerlo sotto al valore 3⁶³.

Nel **primo scalino** abbiamo il Paracetamolo e i FANS, che consideriamo i *farmaci di I livello*.

PARACETAMOLO

È un antipiretico e antidolorifico ed è il farmaco maggiormente usato nel trattamento

⁶¹ Adattata da www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/

⁶² WHO. (1986). Cancer Pain Relief.

⁶³ Tarantino, R. P. (2015). Il dolore un sintomo misurabile? Strategie analgesiche e scelta del farmaco. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia*, 41, 165-172.

del dolore in urgenza. In un punteggio che va da 1 a 3 della scala NRS, la via di somministrazione prescelta di Paracetamolo è quella orale al dosaggio di 1 grammo. Anche nella formulazione orosolubile ha dimostrato soddisfacente efficacia, anche per dolore maggiore, durante la permanenza in Pronto Soccorso. Secondo uno studio il 67,6 % dei casi di dolore moderato che ha usato la formula orosolubile allo stesso dosaggio di 1g, ha visto diminuire il proprio dolore di 2 punti sulla scala NRS⁶⁴. Inoltre, con un'intensità superiore a 3 della scala NRS può essere usato tramite via endovenosa.

È il farmaco prescelto per la sua facilità di somministrazione, perché non ha effetti gastrolesivi come gli antinfiammatori e non aumenta il rischio di sanguinamento. L'unico cosa di cui tenere conto è che a dosi elevate può danneggiare il fegato.

FARMACI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI (FANS)

Anch'essi sono indicati per il dolore da lieve a moderato. I FANS fungono da antipiretici, antinfiammatori e antidolorifici, e funzionano attraverso inibizione dell'enzima ciclossigenasi (cox) implicato nella sintesi delle prostaglandine; riducendole diminuiscono la sensazione dolorosa e dell'infiammazione.

Tra questi farmaci ci sono i Coxib, dei FANS che inibiscono la COX-2 che sono stati sviluppati appositamente per ridurre gli effetti collaterali gastrointestinali dei comuni antinfiammatori.

Possono essere somministrati per via orale, per passare poi a quella intramuscolare e quella endovenosa. Utilizzando questa tipologia di farmaci, bisogna fare un'attenta anamnesi per scoprire eventuali allergie e controindicazioni quali coagulopatie, gastropatie o insufficienza renale.

Nel **secondo e terzo scalino** abbiamo invece gli oppioidi, i *farmaci di II livello*, che si dividono in deboli (seconda scala, dolore moderato) e forti (terza scala, dolore severo). Agiscono bloccando i messaggi dolorifici, modulano cioè il modo in cui lo percepiamo e ci permettono di tollerarlo in maniera migliore. Sono differenti e agiscono a livelli diversi del Sistema Nervoso Centrale (SNC), funzionando come i nostri oppioidi naturali prodotti in risposta fisiologica a stimoli di lesione o di pericolo.

Le formulazioni in commercio sono disponibili per tutte le vie di somministrazione, compresi i cerotti per la via transdermica.

Gli effetti collaterali comuni vanno da sintomi gastrointestinali come nausea, vomito e stipsi, a sintomi cutanei, a sintomi del Sistema Nervoso come sonnolenza, ipotensione e depressione respiratoria.

CODEINA

Fa parte degli oppiacei deboli. È un alcaloide contenente 3-metilmorfina e 6-metilmorfina, ottenuto quindi dalla metilazione della Morfina. Si trova in commercio spesso in associazione con il Paracetamolo, soprattutto in compresse o bustine di granulato effervescente. Si usa per il dolore moderato, da 4 a 6 nella scala NRS.

TRAMADOLO

Il Tramadolo è un altro oppioide debole, che può essere utilizzato nel dolore moderato-

⁶⁴ Butti, B. L. (2017). Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol of the management of pain. *J Pain Res*,10, 2479-2488.

severo da solo o in associazione con il Paracetamolo per via orale. È sicuro ed efficace ed è risultato anche una valida alternativa alla Morfina⁶⁵.

MORFINA e FENTANYL

Questi due farmaci oppiacei vengono utilizzati normalmente per pazienti con dolore oncologico. In emergenza/urgenza il maggior uso viene fatto in ambiente preospedaliero quando il paziente presenta NRS da 7 a 10 (terza scala della linea guida OMS). Infatti, se somministrati per via endovenosa mantengono un'efficace analgesia fino a 30 minuti.

Esistono forme farmaceutiche che permettono un assorbimento rapido, per esempio, per il Fentanyl abbiamo i cerotti o un altro formato per la via transmurale; per la Morfina invece, abbiamo le compresse e le capsule che possono essere assunte fino a 2-3 volte al giorno⁶⁶. Tra i due, la Morfina è l'oppiode prescelto perché scevro dal rischio di depressione respiratoria.

In Pronto Soccorso per dolore severo è preferibile la via intravenosa in cui le dosi vengono adattate in base all'età e titolate fino a raggiungere l'effetto desiderato, partendo dalla minima dose possibile. Per effetto desiderato si intende un abbassamento dell'intensità del dolore su scala NRS minore di 4 o almeno la metà di quello iniziale.

FARMACI ADIUVANTI

Vengono menzionati in tutte e tre le scale dell'OMS.

Sono una classe di farmaci che sono usati per altre malattie ma che sono adatti e attivi anche per il controllo di alcune tipologie di dolore. Tra questi ci sono gli antidepressivi, gli anticonvulsivanti, i miorilassanti e i corticosteroidi.

Particolare attenzione va fatta ai pazienti anziani, alle donne in gravidanza e ai bambini.

La scelta del farmaco più idoneo per gli *utenti anziani* deve tener conto del fatto che il dolore ha, innanzitutto, caratteristiche diverse rispetto a un giovane adulto e considerare le alterazioni fisiologiche legate all'invecchiamento e che influenzano la risposta ai farmaci. Gli anziani presentano un maggior rischio di tossicità, soprattutto perché normalmente assumono molte altre sostanze per patologie concomitanti. È opportuno, perciò, iniziare la terapia antalgica partendo dal Paracetamolo e dai FANS a basse dosi⁶⁷.

Nelle prime fasi di gestazione in *gravidanza*, nessun farmaco può essere considerato completamente sicuro, anche se sono pochi quelli effettivamente dimostrati come teratogeni (come la Talidomide). I FANS a lungo termine possono aumentare il rischio

⁶⁵ Macintyre, L. S. (2011). Opioids, ventilation and acute pain management. *Anaesth Intensive Care*, 39(4).

⁶⁶ Pergolizzi, e. a. (2008). Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an international expert panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization step III opioids (Buprenorphine, Fentanyl, Hydromorphone...). *Pain Pract*, 8(4), 287-313.

⁶⁷ Hogan, H. C. (2016). Improving Pain Relief in Elder Patients (I-PREP): An Emergency Department Education and Quality Intervention. *J Am Geriatr Soc*, 64(12), 2566-2571.

di emorragie nella madre e provocare la chiusura prematura del dotto arterioso di Botallo nel feto. A basse dosi e presi occasionalmente non sembrerebbero avere grandi rischi, ma la prima scelta deve sempre essere il Paracetamolo.

Anche nei **pazienti pediatrici** la prima scelta è il Paracetamolo, per via orale. Se ciò non dovesse essere abbastanza, si possono usare i FANS (Ibuprofene e Ketoprofene). Se l'intensità del dolore supera il primo gradino della scala OMS, si deve passare agli oppioidi deboli e successivamente a quelli forti, seguendo la scala OMS⁶⁸.

Bisogna ricordare però che le ultime linee guida dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) impediscono l'utilizzo della Codeina al di sotto dei 12 anni.

6.3 PROTOCOLLO APT

In Pronto Soccorso dovrebbe essere effettuata una tempestiva e appropriata analgesia, con frequente monitoraggio e rivalutazione, e analgesia supplementare, se la prima dose si è verificata come inefficace e se richiesta dal paziente. In un tale reparto, come abbiamo visto, l'analgesia deve essere semplice e veloce da somministrare.

Grazie all'attuazione di linee guida sulla gestione del dolore si è registrata una maggiore prescrizione e somministrazione di analgesici, che prima a quanto risulta non erano usati di frequente⁶⁹.

Lo sviluppo di un protocollo interno, con facilità di utilizzo ed esecuzione, può permettere all'infermiere di gestire da solo il dolore, in base a quanto scritto nella stessa procedura. Questa tipologia di protocolli di APT, che significa di **Analgesia Post Triage**, deve essere utilizzata subito dopo definito il codice colore, prima della valutazione medica e prevede la somministrazione, poi il monitoraggio e la rivalutazione, durante il tempo di attesa.

Bisogna ricordare che è importante garantire sicurezza, sia nella somministrazione, ma anche nel monitoraggio durante l'attesa della visita medica.

I protocolli APT sono protocolli interni, che dovrebbero essere sviluppati dal presidio ospedaliero.

Si organizzano in base alla scala di valutazione del dolore che viene utilizzata, la numerica o la visuale analogica (NRS o VAS), per dividere il dolore in tre tipologie, da lieve a severo, come rappresentato dalla scala dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Prevede quindi la descrizione della terapia adatta in base al livello di dolore, con dose e via di somministrazione, da fornire dall'infermiere di triage, dopo affidato il codice colore (Allegato 3 e 4). All'interno vanno anche espressi i criteri di inclusione ed esclusione del paziente. Questi parametri possono riguardare, per esempio, l'età, lo stato di gravidanza, l'assunzione nelle precedenti quattro ore di un analgesico, ecc.... Devono essere ribaditi con chiarezza.

L'infermiere ha il compito di garantire la corretta applicazione delle prescrizioni e la somministrazione della terapia antalgica lì espressa, se il paziente rientra nei canoni.

⁶⁸ American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Task Force on Pain in Infants, Children, and Adolescents (2001). The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*, 108(3), 793-797.

⁶⁹ Van Woerden, V. D. (2016). Increased analgesia administration in emergency medicine after implementation of revised guidelines. *Int J Emerg Med*, 9(1), 4.

Deve poi, obbligatoriamente, riportare quanto valutato, la scala di valutazione utilizzata e quanto somministrato in cartella o nella documentazione di triage usata dall'ospedale. In seguito, il protocollo prevede una rivalutazione, che può essere a distanza di 30 o 60 minuti dall'avvenuta somministrazione, con successiva conferma del codice o aumento di priorità se vi è un peggioramento o non è avvenuto alcun miglioramento della condizione.

Un abbassamento del dolore, in termini di intensità di 2 o più punti rispetto alla misurazione precedente, e il fatto che sia effettivamente stata gestita la sintomatologia dolorosa da parte dell'infermiere, ha dimostrato un'associazione significativa con l'aumento della soddisfazione dell'utente che arriva con dolore in Pronto Soccorso, come afferma un articolo del 2014⁷⁰.

7. CONCLUSIONI

Nonostante il dolore possa essere visto come un'esperienza temporanea, il dolore acuto in particolare, può attivare numerose risposte fisiologiche e ha un significativo impatto negativo nei pazienti. Un dolore severo, se non trattato, può aumentare la pressione sia sul sistema cardiovascolare che respiratorio, può temporaneamente compromettere l'apparato gastrointestinale oltre che deprimere il sistema immunitario, avendo un impatto negativo a livello psicologico. Inoltre, episodi di dolore acuto non trattato possono portare a successivi episodi dolorosi o addirittura a dolore cronico. La IASP riconosce il diritto di tutti i cittadini a veder individuato il proprio dolore, ad essere informati riguardo i possibili trattamenti e ad avere accesso a cure adeguate. Il pain management è una parte essenziale in un reparto di emergenza ed è considerato un indicatore di qualità. Il riconoscimento e il sollievo dal dolore sono indicati come priorità per la cura del paziente ed è un dovere del personale sanitario garantire questo diritto.

L'obiettivo della gestione del dolore è quello di essere specifica per il paziente, quindi individualizzata e deve ridurre il dolore almeno a un livello accettabile, se non può essere eliminato. Allo stesso modo devono essere minimizzati gli effetti collaterali dei trattamenti messi in atto, permettendo ai pazienti di riacquistare la capacità a svolgere attività e di raggiungere la soddisfazione del paziente per gli interventi ottenuti e per il sollievo dal dolore.

I pazienti con dolore che arrivano al Pronto Soccorso, passano al Triage, dove l'infermiere valuta il parametro utilizzando una scala di valutazione validata (con punteggio da 0 a 10 di intensità) e lo registra. Un'accurata valutazione del dolore è fondamentale, ma spesso risulta difficile a causa della soggettività legata allo stesso. Successivamente, una rivalutazione è utile per accertare che il paziente abbia ricevuto un'adeguata analgesia.

Come prevede la scala dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e grazie alla disponibilità di diversi gradi di analgesia, un paziente che non ha ottenuto

⁷⁰ Bhakta, M. (2014). Pain management: association with patient satisfaction among emergency department patients. *J Emerg Med*, 46(4), 456-464.

alleviamento dal dolore inizialmente, può “salire” a un livello superiore e avere alternative più forti.

In Gran Bretagna, per esempio, sono già state sviluppate delle Linee Guida che prevedono la valutazione del dolore da “non esistente” a severo e la successiva prescrizione di analgesici in base alla severità. I pazienti che presentano un dolore, fino a moderato, possono avere terapia analgesica tramite via di somministrazione orale direttamente al triage e gestita, quindi, dall’infermiere.

Poi chiunque riceva una terapia, deve essere rivalutato dopo sessanta minuti per misurare l’efficacia della prima dose e se questa non sarà stata sufficiente potrà ricevere un’analgesia più forte combinata con interventi non farmacologici.

Sarebbe auspicabile e raccomandabile sviluppare maggiormente e meglio questo tipo di approccio nella realtà italiana.

Difatti esistono attualmente, come ho potuto constatare, review e Linee Guida che indicano come gestire il problema dolore in un dipartimento di emergenza, ma la letteratura non riporta molte ricerche italiane al riguardo, nonostante sia evidente la necessità di svilupparne.

Allo stesso tempo, alcuni ospedali italiani, come abbiamo visto e come nel caso degli Ospedali Riuniti di Ancona, si sono attivati per la creazione di protocolli di analgesia post-triage. Quest’analgesia direttamente gestibile dall’infermiere triagista è sviluppata secondo le Linee Guida dell’OMS e secondo la letteratura da me riportata.

Citando la frase di Ippocrate «*Divinum opus est sedare dolorem*» vorrei dire che oggi, a millenni di distanza si può cambiare con «*Humanum opus est sedare dolorem*».

RINGRAZIAMENTI

Prima di tutto, vorrei ringraziare il nostro coordinatore di corso, il Dottor Sandro Ortolani, che ci ha guidato in questi tre anni, con il quale è nata l'idea della mia tesi e colui che avevo scelto come relatore. Purtroppo, non ha potuto seguire lo svolgimento, ma senza di lui non sarebbe neanche iniziata la stesura di questo elaborato.

Ringrazio moltissimo il mio Relatore, il Dottore Maurizio Mercuri, che pur non conoscendo la mia idea, si è reso molto disponibile e comprensivo nella correzione, prendendosi carico di tutto.

Ringrazio di cuore il mio Correlatore, il professore Pasquale Palumbo, che mi ha consigliata e aiutata a proseguire nell'elaborazione dell'idea della mia tesi, e avendo lavorato anch'egli in Pronto Soccorso sapeva di cosa stessi parlando.

Con lui ringrazio anche gli altri Tutor didattici per la formazione da loro ricevuta e la professionalità e la serietà con cui ci hanno insegnato nel corso di questi tre anni di studio.

Vorrei ringraziare infinitamente la mia famiglia, mia madre e mio padre, che mi hanno sostenuta sempre e senza i quali non avrei mai potuto affrontare questa avventura. E mia sorella, che sopportandomi ogni giorno, nonostante la distanza, mi ha aiutato e mi ha dato forza anche nei momenti più bui, credendo in me.

Ringrazio la mia migliore amica, Silvia. Ci siamo sopportate e supportate ogni giorno, da quando ci conosciamo, anche se distanti e seguendo due percorsi completamente diversi. È la mia persona e quella su cui ho potuto e so di poter sempre contare.

Un altro grande grazie a Giulia, con la quale ho iniziato un rapporto da coinquilina, ma che poi è finita per diventare una vera amicizia. Lei mi ha vista piangere e ridere, in questi anni, mi ha tirata su nei momenti di tristezza e abbiamo “ballato” insieme nei momenti di gioia.

Un grazie sincero alle mie colleghe di università e amiche, a Giada e a Veronica, che anche se le ho conosciute durante gli anni forse più duri, tra lezioni e tirocini, hanno reso questi, gli anni più belli, mi hanno saputo prendere e assicurare e siamo riuscite a divertirci nonostante tutto.

Un grazie finale, ma non perché meno importante, ai miei amici di Medicina, soprattutto ai miei coinquilini acquisiti, che hanno alleviato le mie serate da fuorisede ad Ancona.

A tutti un sentito grazie.

ALLEGATO 1: McGill Pain Questionnaire (MPQ)

McGILL PAIN QUESTIONNAIRE

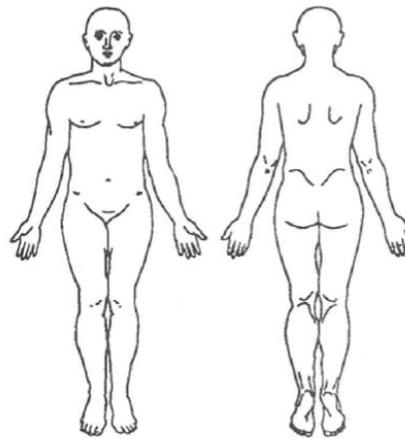
RONALD MELZACK

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNING	11 TIRING EXHAUSTING
2 JUMPING FLASHING SHOOTING	12 SICKENING SUFFOCATING
3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING
4 SHARP CUTTING LACERATING	14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING
5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	15 WRETCHED BLINDING
6 TUGGING PULLING WRENCHING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE
7 HOT BURNING SCALDING SEARING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING
8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING
9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19 COOL COLD FREEZING
10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING
	PPI
	0 NO PAIN
	1 MILD
	2 DISCOMFORTING
	3 DISTRESSING
	4 HORRIBLE
	5 EXCRUCIATING

BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT



E = EXTERNAL
I = INTERNAL

COMMENTS:

© R. MELZACK, 1975

ALLEGATO 2: Short Form – McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)

SHORT-FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE RONALD MELZACK

PATIENT'S NAME: _____

DATE: _____

	NONE	MILD	MODERATE	SEVERE
THROBBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHOOTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
STABBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHARP	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
CRAMPING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
GNAWING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HOT-BURNING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
ACHING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HEAVY	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TENDER	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SPLITTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TIRING-EXHAUSTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SICKENING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
FEARFUL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
PUNISHING-CRUEL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

NO PAIN |-----| WORST POSSIBLE PAIN

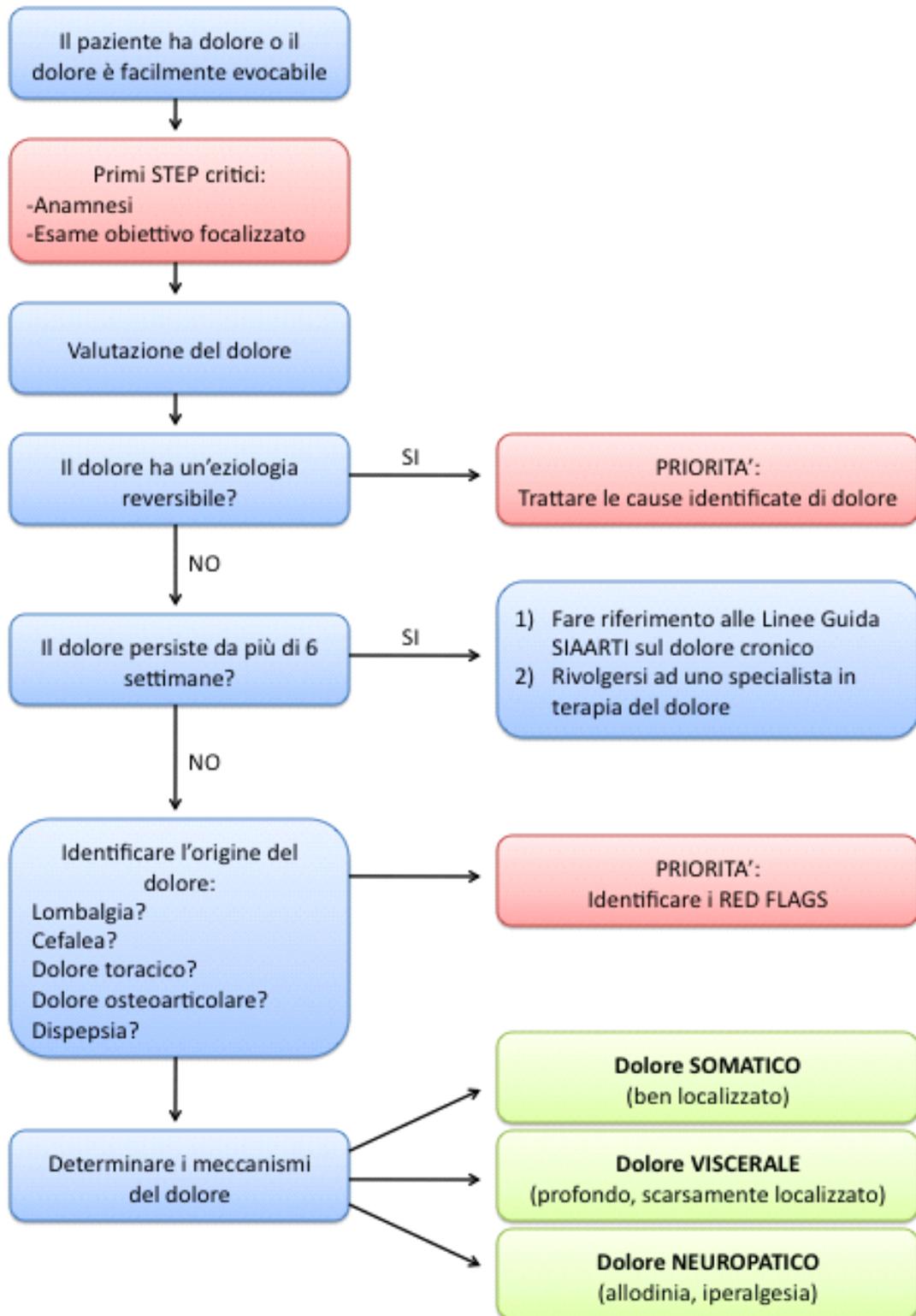
P P I

- 0 NO PAIN _____
- 1 MILD _____
- 2 DISCOMFORTING _____
- 3 DISTRESSING _____
- 4 HORRIBLE _____
- 5 EXCRUCIATING _____

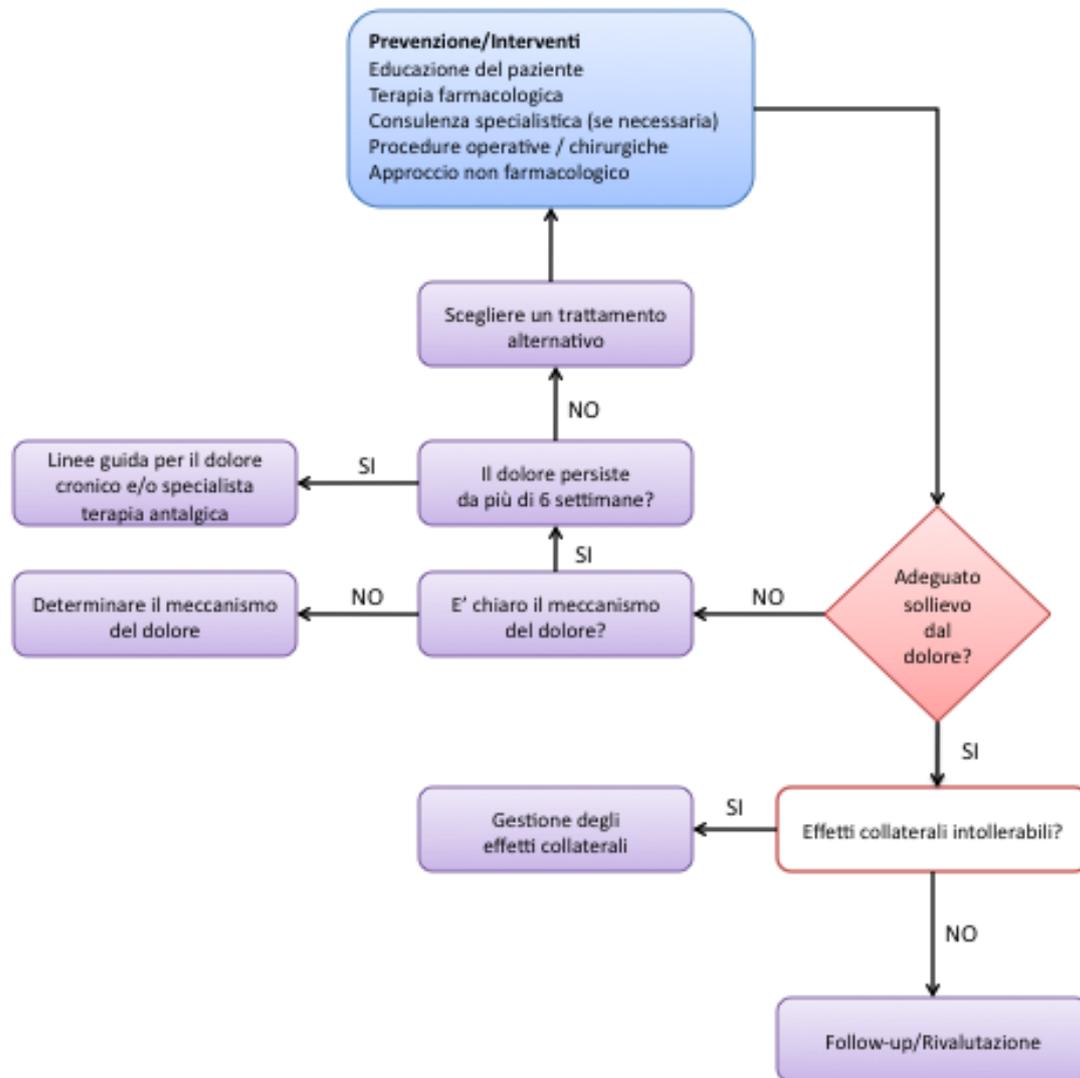
© R. Melzack, 1984

ALLEGATI 3: Algoritmo per la diagnosi ed il trattamento del dolore in emergenza

DIAGNOSI:



TRATTAMENTO:



⁷¹ Immagini tratte da Savoia, C. D. (2014). Italian Intersociety Recommendations (SIAARTI, SIMEU, SIS 118, AISD, SIARED, SICUT, IRC) on pain management in the emergency setting. *Minerva Anestesiol.*

ALLEGATO 4: Analgesia in emergenza

Livello di dolore	Trattamento analgesico
NRS 1-3	Paziente adulto Paracetamolo orale/orodispersibile 1g (max 3 g die) FANS ¹
	Paziente pediatrico (1-10 aa) Paracetamolo - sciroppo (30 mg ogni 1 ml) 10-15mg/kg (ripetibile ogni 6 ore) - supposte 10-15mg/kg (ripetibile ogni 6 ore) Ibuprofene 4-10 mg/kg (ripetibile ogni 6-8 ore)
NRS 4-6	Paziente adulto Paracetamolo e.v. 1g (max 4 g die) Paracetamolo in associazione ad oppioidi deboli per via orale - Paracetamolo/Codeina 500/30 mg (ripetibile ogni 6 ore) - Paracetamolo/Tramadolo 325/37,5 mg (ripetibile ogni 6 ore) FANS ¹
	Paziente pediatrico (1-10 aa) Paracetamolo e.v. 15 mg/kg (ripetibile ogni 6 ore). La dose massima giornaliera non deve superare 60 mg/kg (senza superare i 2 g die) Paracetamolo/Codeina: - sciroppo (25/1,5 mg ogni 1 ml) 1 ml ogni 4 kg di peso corporeo (ripetibile ogni 6 ore) - supposte 200/5 mg (ripetibile ogni 8-12 ore) ² Tramadolo (scegliere la più bassa dose analgesica efficace) - gocce (2,5 mg ogni goccia) 1-2 mg/kg. La dose massima giornaliera non deve superare 8 mg/kg (senza superare i 400 mg die) - ev 1-2 mg/kg
NRS 7-10	Paziente adulto Oppioidi ³ -Morfina (dose iniziale 4-6 mg e.v.) ⁴ -Fentanyl (dose iniziale 50-100 µg e.v.)
	Paziente pediatrico (1-10 aa) Oppioidi - Morfina e.v. 0,05-0,1 mg/kg (eseguire titolazione fino alla minima dose efficace) - Fentanyl e.v. 1-2 mcg/kg

72

- 1 Prima di somministrare FANS è raccomandata un'anamnesi rapida finalizzata all'esclusione di allergie o controindicazioni (gastropatie, coagulopatie, insufficienza renale)
- 2 In un recente documento (29 luglio 2013) l'AIFA ha proibito l'uso della codeina nei minori di 12 anni, per il rischio di tossicità da oppioidi
- 3 Effettuare titolazione fino al raggiungimento della dose minima efficace (dimezzamento NRS iniziale)
- 4 Solo nei pazienti stabili di età <65 anni. Nei pazienti > 65 anni e/o instabili dimezzare la dose iniziale.

⁷² Immagine tratta da Savoia, C. D. (2014). Italian Intersociety Recommendations (SIAARTI, SIMEU, SIS 118, AISD, SIARED, SICUT, IRC) on pain management in the emergency setting. *Minerva Anesthesiol.*