



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**La valutazione e la gestione del dolore nel paziente
critico.**

Una revisione narrativa della letteratura.

**Relatore: Chiar.ma
Rita Fiorentini**

**Tesi di Laurea di:
Agnese Verolo**

**Correlatore: Chiar.mo
Mauro Sclavi**

A.A. 2019/2020

Indice

Abstract	2
Introduzione.....	4
CAPITOLO 1- Definizione, tipi di dolore e normativa vigente	7
1.1 Normativa Nazionale.....	9
1.2 Normativa Regionale.....	14
CAPITOLO 2- Dolore nel paziente critico.....	18
2.1 Dolore nel paziente pediatrico.....	18
2.2 Dolore nel paziente adulto.....	20
2.3 Dolore nell'anziano.....	21
CAPITOLO 3- Scale valutazione.....	24
CAPITOLO 4- Gestione infermieristica del dolore	37
4.1 Raccomandazioni AISD.....	37
4.2 Protocolli Aree Vaste Regione Marche	38
Conclusioni.....	42
Sitografia e Bibliografia	43
Allegati.....	46

Abstract

Titolo: La valutazione e la gestione del dolore nel paziente critico.

Obiettivo: Il dolore è tra le prime cause di malessere della persona. Il dolore rappresenta il mezzo attraverso cui l'organismo ci segnala che c'è qualcosa che non va, che siamo di fronte ad un potenziale problema. Sebbene si tratti di un importante campanello d'allarme, quando tale esperienza si protrae nel tempo, mantenendosi continua ed intensa, può trasformarsi in una vera e propria malattia. Il dolore nel paziente critico resta una delle rilevazioni più complesse. In questo elaborato si tratterà dell'importanza della corretta valutazione, gestione infermieristica e l'utilizzo dei mezzi a disposizione.

Obiettivo specifico: L'obiettivo di questo elaborato è mettere in risalto l'importanza della corretta valutazione e gestione del dolore nel paziente critico. Verranno presi in esame diverse tipologie di pazienti critici tra cui il neonato, l'adulto e l'anziano; verranno mostrati quelli che sono i principali aspetti normativi e le scale di valutazione utilizzate per una corretta identificazione del dolore; verranno inoltre mostrati i protocolli nazionali, regionali e quelli utilizzati nella nostra unità operativa di Macerata. L'aspettativa è inoltre quella di far capire quanto un'attenta gestione del dolore può migliorare notevolmente la vita del paziente e la sua ripresa, soprattutto se si trova in condizioni critiche.

Materiali e metodi: Per il raggiungimento dell'obiettivo si è effettuata una revisione narrativa della letteratura facendo riferimento alla banca dati PubMed, il sito ufficiale dell'OMS, del governo della salute, dell'associazione dello studio del dolore e testi di letteratura. Sono stati riportati studi degli ultimi 10 anni riguardanti l'importanza di possedere e utilizzare strumenti idonei per la valutazione del dolore e di quanto sia importante inserire nel piano terapeutico del paziente anche la gestione di questo sintomo per una completa ripresa.

Risultati: Una corretta e adeguata valutazione e gestione del dolore, aiuterebbe il paziente a ridurre i tempi di ricovero, si avrebbe una buona compliance farmacologica e un decorso di guarigione migliore, migliorando notevolmente la vita dell'assistito, la sua degenza e i costi dell'ospedalizzazione per il sistema sanitario.

Discussione: La misura in cui la valutazione sistematica del dolore può di per sé avere un effetto sugli esiti dei pazienti critici rimane poco chiara. Nonostante l'esistenza di raccomandazioni e linee guida in materia di valutazione e gestione del dolore, nonché l'esistenza di strumenti convalidati per misurare il dolore nei pazienti verbali e non verbali, la loro implementazione e il loro utilizzo nella pratica clinica di routine sembrano essere scarsi e incoerenti.

Parole chiave: Valutazione- Gestione- Infermieristica- Dolore- Paziente critico- neonati- pediatrico- anziani – raccomandazioni – protocolli- normativa- regionale - nazionale.

Introduzione

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore come “una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o **potenziale** danno tissutale o comunque descritta come tale. Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva. Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate ad una lesione durante i primi anni di vita. Sicuramente si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole e, perciò, ad una carica emozionale”. (3)

Il dolore ha un'incidenza nella popolazione generale in Europa di circa il 25-30% (Breivik et al., 2006, 2009). In particolare il dolore cronico che perdura da oltre tre mesi rappresenta quello con maggiore impatto sociale e costi elevati per il Servizio sanitario nazionale. Le pesanti ricadute economiche sono state ampiamente stimate dalla letteratura scientifica (Breivik et al., 2006, 2009), in termini di spese sociali legate alle conseguenze della disabilità con conseguenze sul fronte lavorativo a causa del mancato controllo del sintomo. Nonostante una crescente disponibilità di linee guida evidence based, di farmaci per il controllo del dolore, di provvedimenti normativi per promuovere l'impiego di analgesici oppioidi nella terapia del dolore, una frazione consistente della popolazione europea continua a presentare dolore. Stime di prevalenza del sintomo dolore presenti in letteratura mostrano, infatti, che tra il 40 e il 63% dei pazienti ospedalizzati riferisce dolore (Costantini et al., 2002; Melotti et al., 2005; Ripamonti et al., 2000), con picchi dell'82,3% nei pazienti oncologici in stadi avanzati o terminali della malattia (in ospedale e a domicilio) (Costantini et al., 2009). La variabilità del dato è dovuta all'eterogeneità della popolazione, sia dal punto di vista epidemiologico sia da quello clinico (malati oncologici, con patologie cronico degenerative, sottoposti a intervento chirurgico, setting di cura diversi, ecc.). Da un recente studio nazionale sul dolore in ospedale (Sichetti et al., 2010) è emerso come il ricovero in un setting non oncologico rappresenti un fattore di rischio indipendente per ricevere un inadeguato trattamento del dolore. In particolare, l'area internistica si associa a un'inappropriata gestione del dolore rispetto a quella oncologica, suggerendo la necessità di un maggiore impegno formativo in tale ambito. Nel settembre del 2000, il Ministero della Sanità ha istituito una commissione di studio, “Ospedale senza dolore”, che ha elaborato delle linee guida che sono state approvate il 24 maggio 2001 dalla Conferenza Stato-Regioni e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale il

29 giugno 2001. In seguito, nel 2010 è stata approvata la Legge n. 38 che, ribadendo l'obbligo etico dei medici di trattare il dolore dei pazienti, sancisce il diritto per il cittadino di poter accedere a cure palliative e alla terapia del dolore.

Nei pazienti critici, il dolore è un problema importante. Una gestione efficiente del dolore dipende da una valutazione sistematica e completa del dolore. Abbiamo mirato a rivedere e sintetizzare le prove attuali sull'impatto di un approccio sistematico alla valutazione del dolore sugli esiti dei pazienti critici. È stata intrapresa una revisione sistematica degli studi pubblicati (database PUBMED, Sito del governo e testi letterari) con criteri di ammissibilità predeterminati.

Un'appropriata gestione del dolore dipende dalla valutazione sistematica e completa del dolore per guidare il processo decisionale in merito alla titolazione dell'analgesia e alla somministrazione di farmaci "al bisogno" [4 , 5]. Tuttavia, la misura in cui la valutazione sistematica del dolore può di per sé avere un effetto sugli esiti dei pazienti critici rimane poco chiara. (6)

Nell'85% delle Terapie Intensive (TI) vengono prescritti ai pazienti sedativi, con lo scopo di attenuare il dolore, l'ansia e l'agitazione derivata dalla ventilazione artificiale. Una sedazione troppo alta potrebbe indicare una non corretta o superficiale gestione del dolore; una sedazione troppo bassa aumenta il rischio di auto-estubazione, problematiche cardiovascolari e danni fisici (7). I livelli di sedazione dovrebbero variare a seconda delle esigenze di ogni paziente e del suo stato di malattia. (8)

Esistono raccomandazioni internazionali (che indicano necessario l'accertamento del dolore nel paziente critico incapace di comunicare e raccomandano il monitoraggio e la valutazione delle risposte comportamentali agli stimoli dolorosi. Si raccomanda inoltre l'adozione di strumenti che valutino parametri comportamentali e fisiologici come possibili indicatori di dolore nei pazienti ricoverati in TI, quali: espressione facciale, movimenti del corpo, tensione muscolare e compliance alla ventilazione meccanica.

Nonostante l'esistenza di raccomandazioni e linee guida in materia di valutazione e gestione del dolore, nonché l'esistenza di strumenti convalidati per misurare il dolore nei pazienti verbali e non verbali, la loro implementazione e il loro utilizzo nella pratica clinica di routine sembrano essere scarsi e incoerenti [6].

Nelle "linee guida di pratica clinica per la gestione del dolore, dell'agitazione e del delirio nell'adulto in condizioni critiche" pubblicate dalla Society of Critical Care Medicine

(SCCM) si raccomanda che il dolore sia monitorato di routine in tutti i pazienti adulti in terapia intensiva. L'autovalutazione del paziente attraverso l'uso della scala numerica di valutazione (NRS) che va da 0 a 10 è ampiamente riconosciuta come il miglior strumento di valutazione del dolore. Tuttavia, in caso di pazienti non comunicativi, utilizzare uno strumento di dolore comportamentale valido e affidabile, come la scala del dolore comportamentale (BPS) e lo strumento di osservazione del dolore in terapia intensiva (CPOT) (27), viene suggerito. È ampiamente accettato che l'uso di strumenti affidabili di valutazione del dolore comportamentale possa aiutare gli operatori sanitari nell'identificazione precoce del dolore nei pazienti critici e successivamente nella gestione rapida ed efficiente del dolore (5 , 28).

L'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore e la Fondazione Paolo Procacci hanno presentato nel 2011 il proprio Codice Etico a testimonianza delle rispettive attività istituzionali nello studio e nelle azioni contro il dolore e come espressione e conseguenza dell'importanza che il dolore stesso – in tutte le sue manifestazioni cliniche – riveste e comporta a livello scientifico, assistenziale, sociale, economico e politico.

Capitolo 1: Definizione, tipi di dolore e normativa vigente

Secondo l'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, la **salute** è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità.

La **IASP** (International Association for the Study of Pain - 1986) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E' 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". Infatti, il segnale doloroso, una volta generato, viene modulato (limitato o amplificato) a vari livelli (segmentario e centrale) da stimoli provenienti da strutture nervose (sensoriali, psichiche, della memoria...) e non (metaboliche, immunologiche..), prima di arrivare, alle sedi naturali che ne danno l'interpretazione clinica. Si spiega così come il dolore sia il risultato di un complesso sistema di interazioni, dove diversi fattori (ambientali, culturali, religiosi, affettivi, fisici) ne modulano, entità e caratteristiche.

A livello clinico, il dolore è un sintomo trasversale e frequente: spesso segnale importante per la diagnosi iniziale di malattia, fattore sensibile nell'indicare evoluzioni positive o negative durante il decorso, innegabile presenza in corso di molteplici procedure diagnostiche e/o terapeutiche e costante riflesso di paura e ansia per tutto quello che la malattia comporta. E' fra tutti il sintomo che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e più angoscia e preoccupa i suoi familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita.

In ambito fisiologico, il dolore è il risultato di una parte:

- **percettiva**: (la nocicezione) che costituisce la modalità sensoriale che permette la ricezione ed il trasporto al sistema nervoso centrale di stimoli potenzialmente lesivi per l'organismo;

-**esperienziale** (quindi del tutto privata, la vera e propria esperienza del dolore) che è lo stato psichico, collegato alla percezione di una sensazione spiacevole.

Gli stimoli algogeni (dolorifici, nocicettivi) sono percepiti come tali a livello della corteccia cerebrale, dopo essere stati elaborati. Come tutti gli stimoli, anche quelli

"dolorifici" passano prima il midollo spinale o l'equivalente nucleo discendente del V paio di nervi cranici per il capo, quindi il talamo, dove vengono integrati e smistati.

Una parte, la principale, giunge alla corteccia somatoestesica primaria e crea la base della sensazione.

Un'altra parte si porta nel sistema limbico, dove la sensazione, confrontata con i ricordi (inconsci), influisce sul comportamento e sull'umore.

Infine questa via si interfaccia con la corteccia prefrontale, e la sensazione dolore assume sfumature comportamentali legate alla personalità.

In un approccio generale a questo contesto, si possono riconoscere nel cervello due strutture fondamentali, entrambe coinvolte nella sensazione del dolore: la corteccia **neocortex** e il **sistema limbico**

La corteccia **Neocortex** gestisce gli eventi coscienti cioè: i processi cognitivi, le attività pianificate ed i movimenti intenzionali.

Il **sistema limbico** è una rete di neuroni che formano anse intorno alla parte interna dell'encefalo, mettendo in connessione l'ipotalamo con la corteccia cerebrale e con altre strutture. Sempre a partire dal talamo, per mezzo delle vie centrali talamo-limbiche, i segnali algogeni raggiungono il sistema limbico, dove vengono elaborati come elementi emotivi e inconsci. Le più importanti stazioni per l'elaborazione dei segnali algogeni sono:

L'ippocampo, che ha un ruolo centrale nella formazione e nell'elaborazione della memoria a breve termine

L'ipotalamo, che controlla fra l'altro l'ipofisi e quindi lo stato ormonale dell'organismo

L'amigdala, che stabilizza l'umore e regola l'aggressività e il comportamento sociale.

La proiezione dei segnali algogeni al sistema limbico è la base per l'effetto che ha il dolore sullo stato d'animo (il dolore rende irrequieti e tristi). Tuttavia, il sistema limbico influenza anche la percezione cosciente del dolore (chi è euforico o sotto choc non sente dolore) e viceversa (chi è ipocondriaco o ansioso sente in modo accentuato anche minimi dolori). (2)

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

- Dolore acuto
- Dolore cronico
- Dolore procedurale.

Il **dolore acuto** ha la funzione di avvisare l'individuo della lesione tissutale in corso ed è normalmente localizzato, dura per alcuni giorni, tende a diminuire con la guarigione. La sua causa è generalmente chiara: dolore legato all'intervento chirurgico, al trauma, alla patologia infettiva intercorrente. Attualmente le opzioni terapeutiche a disposizione per il controllo del dolore acuto, sono molteplici ed efficaci nella stragrande maggioranza dei casi.

Il **dolore cronico** è duraturo, spesso determinato dal persistere dello stimolo dannoso e/o da fenomeni di automantenimento, che mantengono la stimolazione nocicettiva anche quanto la causa iniziale si è limitata. Si accompagna ad una importante componente emozionale e psico-relazionale e limita la performance fisica e sociale del paziente. E' rappresentato soprattutto dal dolore che accompagna malattie ad andamento cronico (reumatiche, ossee, oncologiche, metaboliche). E' un dolore difficile da curare: richiede un approccio globale e frequentemente interventi terapeutici multidisciplinari, gestiti con elevato livello di competenza e specializzazione.

Il **dolore da procedura**, che accompagna molteplici indagini diagnostiche/terapeutiche, rappresenta in ogni setting, e situazione ed età, un evento particolarmente temuto e stressante. Il dolore si associa ad ansia e paura e non infrequentemente la sua presenza condiziona in maniera importante la qualità percepita di cura, nonché la qualità di vita. Attualmente sono a disposizione numerose possibilità d'intervento (farmacologiche e non) e modelli organizzativi efficaci ed efficienti.

Da un punto di vista eziopatogenetico, il dolore può essere classificato in: nocicettivo (attivazione diretta dei recettori della nocicezione), neuropatico (da interessamento del sistema nervoso centrale e/o periferico), psichico (attivato da stazioni psico-relazionali) e misto (con la presenza di tutte le componenti precedenti). **(1)**

Normativa Vigente

1.1 La normativa nazionale

La normativa pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – Serie Generale – n. 149 del 29-06-2000, accordo tra il Ministero della Sanità, le Regioni e le province autonome, emana le linee guida per la realizzazione dell'**Ospedale senza Dolore**.

Le linee guida raccomandano gli interventi da introdurre nell'ambito dei servizi e dell'assistenza al paziente, con lo scopo di **monitorare il livello di dolore e trovare il modo di alleviare le sofferenze causate dalla malattia in corso**, in particolare dalle patologie oncologiche.

Il progetto si articola in diverse fasi: preliminare, formativa, organizzativa, d'applicazione sperimentale e di mantenimento. Questi “step” devono essere seguiti e posti in essere secondo l'ordine appena esposto e sono necessari all'attuazione del progetto “Ospedale senza dolore” su scala nazionale.

Le linee guida del progetto si basano sulla creazione, in ogni struttura ospedaliera, di un **Comitato permanente per il dolore** composto da 3 a 15 persone fra medici ed infermieri, a seconda delle dimensioni della struttura ospedaliera.

La preparazione a livello tecnico degli staff ospedalieri è seguita dal Comitato in collaborazione con i Poli Universitari. È il coordinatore ad essere il referente per le équipe che curano e tengono sotto osservazione il malato.

È responsabilità degli infermieri controllare almeno due volte al giorno il livello di dolore di ogni utente, a partire dal momento del ricovero fino a quello della dimissione.

La misurazione del livello di dolore avviene attraverso una “scala validata” e/o con strumenti che tengano conto di condizioni quali l'età anagrafica, lo stato fisico e psichico, il sesso, la presenza o l'assenza dei famigliari. Una delle attività del Comitato è, inoltre, quella di assicurare la disponibilità e la somministrazione di farmaci antidolorifici (oppioidi).

La costituzione di **strutture specialistiche di Terapia del dolore e per le Cure palliative**, in aggiunta a quelle già esistenti, è un'altra delle priorità espresse nel documento elaborato dalla Commissione.

Al Comitato spetta il ruolo di coordinare l'attuazione delle varie fasi del progetto e il suo sviluppo operativo; in più, quello di referente per le équipe medico-ospedaliere che hanno in carico il malato sia per la gestione e la comprensione dei dati che per le eventuali osservazioni che necessitano di spiegazione. Al Comitato spetta inoltre la funzione di Garante della buona attuazione dell'intero progetto, al centro del quale si deve sempre e comunque trovare l'assistito.

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

La Legge 38 del 15 marzo 2010 prevede che all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportate 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.

Presentiamo di seguito una collezione di norme inerenti la somministrazione di oppiacei attualmente in vigore.

Nell'elencazione viene rispettato l'ordine cronologico.

Decreto del Presidente della Repubblica 09.10.1990, n. 309
(Gazzetta Ufficiale 31 ottobre 1990, n. 255)

Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza [Decreto Jervolino - Vassalli].

Legge 08.02.2001, n. 12
(Gazzetta Ufficiale 19 febbraio 2001, n. 41)

Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.

Ministero della Sanità
Decreto ministeriale 24.05.2001
(Gazzetta Ufficiale 11 giugno 2001, n. 133)

Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12.

Ministero della Sanità
Decreto ministeriale 03.08.2001
(Gazzetta Ufficiale 3 settembre 2001, n. 204)

Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per le unità operative.

Ministero della Sanità
Decreto legge 18.09.2001, n. 347
(Gazzetta Ufficiale 19 settembre 2001, n. 218)

Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria.
Articolo 9 - Numero di confezioni prescrivibili per singola ricetta
In vigore dal 20 settembre 2001
Convertito in legge, con modifiche, dall'art. 1, L. 16.11.2001, n. 405

Ministero della Sanità
Legge 16.11.2001, n. 405
(Gazzetta Ufficiale 17 novembre 2001, n. 268)

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria.

Ministero della Sanità
Decreto ministeriale 04.07.2002
(Gazzetta Ufficiale 23 luglio 2002, n. 171)

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria.

Ministero della Sanità
Decreto ministeriale 21.11.2002
(Bollettino Ufficiale Regionale 29 novembre 2002, n. 280)

Modificazioni ed integrazioni al decreto 27 settembre 2002 "Riclassificazione dei medicinali ai sensi dell'art. 9, commi 2 e 3 della legge 8 agosto 2002, n. 178".
Allegato - [Integrazioni agli allegati del decreto ministeriale 27 settembre 2002]
In vigore dal 30 novembre 2002

Ministero della Sanità
Decreto ministeriale 20.12.2002
(S.O. n. 2 alla Gazzetta Ufficiale 7 gennaio 2003, n. 4)

Elenco dei medicinali rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale ai sensi del decreto del Ministro della salute 27 settembre 2002 recante la riclassificazione dei medicinali ai sensi dell'art. 9, commi 2 e 3, del decreto-legge 8 luglio 2002, n. 138, convertito dalla legge 8 agosto 2002, n. 178, pubblicato nel supplemento ordinario n. 200 alla Gazzetta Ufficiale - serie generale . n. 249 del 23 ottobre 2002, e successive modificazioni.

Ministero della Sanità
Decreto ministeriale 04.04.2003
(Gazzetta Ufficiale 28 maggio 2003, n. 122)

Modifiche ed integrazioni al decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001, concernente "Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12".

Ministero della Sanità
Decreto del Presidente della Repubblica 23.05.2003
(Gazzetta Ufficiale 18 giugno 2003, n. 139)

Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005.
Allegato 3/5 - 3.2.3. Le cure palliative
Parte Seconda GLI OBIETTIVI GENERALI 3.2. Combattere le malattie
Oppioidi e cura del dolore: basterà la ricetta semplice - Ordinanza

gazzetta ufficiale della repubblica italiana
serie generale - n. 149 del 29-06-2001
conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di
trento e bolzano

Provvedimento 24 Maggio 2001

Accordo tra Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome sul documento di
linee guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore"
Linee guida per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore" (10).

Per quanto riguarda il paziente critico anziano, abbiamo a disposizione le DAT.

Il 31 gennaio 2018 è entrata in vigore la Legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente
"Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".
Come richiamato all'articolo 1 la Legge 219 "tutela il diritto alla vita, alla salute, alla
dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento
sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della
persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge", nel rispetto
dei principi della Costituzione (art. 2, 13 e 32) e della Carta dei diritti fondamentali
dell'Unione Europea.

Lo stesso articolo afferma il diritto di ogni persona "di conoscere le proprie condizioni
di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile
riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici
e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle
conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento
diagnostico o della rinuncia ai medesimi". (39)

1.2 Normativa regionale (regione Marche)

La popolazione residente nella Regione Marche, all'1 gennaio 2017 risulta costituita da 1.538.055 residenti (745.486 maschi, 792.569 femmine) con una tendenza generale al calo delle nascite (11.482 nati per un tasso di natalità pari al 7,1‰) valore più basso degli ultimi 35 anni ed un progressivo invecchiamento della popolazione. Il Piano registra la grave crisi della natalità nella nostra regione che ha raggiunto livelli mai toccati in nessun altro tempo. Pertanto è necessario che la Regione assuma come priorità l'impegno di favorire la natalità in tutti gli aspetti dell'organizzazione sociale e socio-sanitaria in appoggio alla maternità e alle coppie che scelgono di avere figli. L'età media dei marchigiani corrisponde a 46,1 anni e la percentuale di individui di 65 anni ed oltre è pari al 24,3% del totale della popolazione (22,3% in Italia). Tali dati demografici testimoniano che siamo di fronte ad una popolazione regionale che continua ad invecchiare: gli ultra settantacinquenni sono pari al 13,2% della popolazione, a fronte dell'11,4% di presenza a livello nazionale.

Gli stranieri residenti all'1 gennaio 2017 sono 136.199 e rappresentano il 9% della popolazione totale; rispetto alla popolazione autoctona si tratta di una popolazione molto più giovane: il 17% degli stranieri residenti ha meno di 15 anni (13,1% cittadini autoctoni) e solo il 5% ha 65 anni e oltre (vs il 24% cittadini autoctoni) con bisogni socio sanitari diversi dalla popolazione marchigiana. Lo scenario dei prossimi anni evidenzia una popolazione regionale che crescerà a ritmi molto contenuti, e per contro la sua composizione manterrà la tendenza all'invecchiamento con la previsione al 2047 che gli over 65 sfioreranno il 36% e gli over 75 più del 21%. (29).

Con la delibera N. 107 approvata dall'assemblea legislativa regionale nella seduta del 4 febbraio 2020, n. 153 si è creato un piano socio-sanitario regionale 2020/2022.

“IL CITTADINO, L'INTEGRAZIONE, L'ACCESSIBILITÀ E LA SOSTENIBILITÀ”

Il Comitato europeo delle Regioni, attraverso la promozione della cooperazione transfrontaliera e della regione euroadriatica, favorisce il confronto di eccellenza nel settore sanitario anche al di là dei confini regionali.

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD) assieme all'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie (European Observatory on Health Systems and Policies) hanno pubblicato a novembre 2017 un profilo di salute di

ogni paese dell'UE e contestualmente predisposto una sintesi (Country Health Profiles) con 5 conclusioni trasversali di seguito riportate come stralcio:

1. la promozione della salute e la prevenzione delle malattie preparano il terreno per un sistema sanitario più efficace ed efficiente. Oltre agli investimenti non adeguati nella prevenzione, devono essere affrontate le disuguaglianze sociali, come dimostrano le differenze nello screening dei tumori o nell'attività fisica tra le persone con un reddito e un'istruzione più o meno elevati;

2. cure primarie forti guidano efficacemente i pazienti attraverso il sistema sanitario e aiutano a evitare sprechi di spesa. Il 27% dei pazienti si reca al pronto soccorso a causa di cure primarie inadeguate;

3. l'assistenza integrata evita la situazione che attualmente si verifica in quasi tutti i paesi dell'UE, dove le cure sono frammentate e i pazienti devono cercare la loro strada attraverso un labirinto di strutture di assistenza;

4. la pianificazione e la previsione proattiva del personale sanitario rendono i sistemi sanitari resilienti alle future trasformazioni. L'UE conta 18 milioni di professionisti del settore sanitario e entro il 2025 saranno creati altri 1,8 milioni di posti di lavoro. Le autorità sanitarie devono preparare la forza lavoro ai cambiamenti in atto: invecchiamento demografico e multi morbidità, necessità di politiche di assunzione solide, nuove competenze e innovazione tecnica;

5. i pazienti dovrebbero essere al centro della prossima generazione di dati sanitari più attendibili per le politiche e le pratiche sanitarie. La trasformazione digitale della salute e dell'assistenza contribuisce a indirizzare correttamente l'informazione ai pazienti, gli esiti e le esperienze reali, creando grande potenziale per rafforzare l'efficacia dei sistemi sanitari.

Per quanto riguarda l'area dell'Emergenza/Urgenza, è sicuramente importante il "numero" dei "punti" di intervento, ma obiettivo specifico del Piano è il miglioramento dell'integrazione del "sistema di sistemi" previsto dalla normativa, nazionale e regionale, e organizzato dalla Regione Marche sui territori: sistema allarme sanitario (CO118), sistema territoriale di soccorso, sistema ospedaliero di emergenza, anche con l'attivazione del N112 e con l'implementazione della rete delle eli-superfici e del volo notturno per avvicinare i cittadini delle aree interne/disagiate; si istituiranno, comunque, Punti di Intervento Immediato collegati ad un pronto soccorso di un presidio ospedaliero di Area

Vasta, nelle aree interne disagiate ed al di fuori di queste nelle aree ove siano previsti oltre 8.000 accessi.

Tra i settori di intervento sarà da ricomprendere la revisione del sistema dell'emergenza, che attraverso l'attivazione del nuovo numero unico 112, la conseguente revisione dei punti di accesso, lo sviluppo del servizio di elitransporto sanitario diurno e notturno diffuso su tutto il territorio regionale ed una rete diffusa di piazzole di eli superfici agibili anche di notte, porterà al potenziamento dei servizi.

Infine, è importante sottolineare che, nell'ambito dei diversi possibili ambiti di azione, devono essere ulteriormente valorizzati i campi della ricerca, dell'innovazione e della formazione, anche in riferimento al fondamentale ruolo svolto dalle Università marchigiane.

Nell'ambito di questo quadro concettuale è compito della Regione delineare la strategia, le azioni e i tempi per accompagnare la sanità marchigiana nel suo percorso virtuoso di crescita.

Le conclusioni sopra riportate costituiscono la prospettiva su cui costruire il nuovo Piano SSR non solo inserito quindi nel contesto sanitario nazionale ma anche, con uno sguardo più aperto nel contesto europeo per arrivare ad una generale riqualificazione del sistema. Una sfida particolarmente impegnativa del presente Piano è quella che mira al riconoscimento del "diritto a prendere parte ai processi decisionali" da parte del cittadino.

(30)

Capitolo 2: Dolore nel paziente critico

2.1 Dolore nel lattante e nel paziente pediatrico

Il ricovero in un'unità di terapia intensiva neonatale o pediatrica (UTIN, PICU) espone un bambino a una serie di eventi dolorosi e stressanti. Una valutazione accurata della presenza di dolore e disagio non correlato al dolore (adeguatezza della sedazione, sindrome da astinenza iatrogena e delirio) è essenziale per una buona gestione clinica e per monitorare l'efficacia degli interventi per alleviare o prevenire dolore e angoscia nel singolo paziente (33).

Pertanto è dimostrato che i neonati percepiscono il dolore con un'intensità maggiore rispetto agli adulti e che le risposte fisiologiche alla stimolazione dolorosa possono ulteriormente compromettere la prognosi clinica e psicologica attuale.

Una misurazione accurata e regolare del dolore e del disagio non correlato al dolore è essenziale, non solo per stabilire la loro presenza, ma anche per monitorare l'efficacia degli interventi. L'efficacia degli interventi farmacologici dovrebbe essere monitorata perché questa può essere influenzata dalla farmacocinetica e dalla farmacodinamica specifiche del singolo bambino in condizioni critiche. (35). Il gold standard per valutare il comfort del paziente è l'auto-segnalazione. L'autovalutazione è impossibile, tuttavia, nei bambini preverbali e non verbali che sono spesso sedati o quando è presente un tubo tracheale. In questi casi, gli operatori sanitari devono ricorrere all'osservazione delle risposte fisiologiche e comportamentali del bambino. Tuttavia, le osservazioni e le valutazioni degli operatori sanitari sul dolore e sul disagio non correlato al dolore dipenderanno dalle loro idee e convinzioni sul disagio, sul dolore, sui migliori farmaci e trattamenti e sulla loro conoscenza. D'altra parte, come sappiamo dagli adulti (31), può essere difficile discriminare tra dolore, angoscia, IWS e delirio nei bambini in condizioni critiche, perché i segnali comportamentali si sovrapporranno in parte. Pertanto, sono stati proposti e convalidati strumenti di valutazione standardizzati in modo da limitare la variabilità evitabile nella valutazione. In pratica, le esigenze individuali di analgesia e sedazione di un paziente saranno valutate da diversi infermieri, con diversi gradi di esperienza, il che può portare a un dosaggio incoerente di sedativi e analgesici. L'uso di

uno strumento standard può contrastare questo effetto e promuovere la continuità assistenziale. (32)

Poiché l'evidenza per diverse raccomandazioni è scarsa (ad es. Raccomandazioni di grado D), sono necessarie ulteriori ricerche per rafforzare queste raccomandazioni. Si raccomanda ai medici di selezionare uno strumento di valutazione convalidato e affidabile e potrebbero essere guidati nella scelta dal grado di raccomandazione. Inoltre, altri fattori dovrebbero essere considerati come: la facilità d'uso, la complessità dello strumento e il tempo necessario per completare la valutazione. Tutto il personale che lavora in terapia intensiva neonatale o terapia intensiva neonatale (medici, infermieri e personale di supporto infermieristico) dovrebbe essere formato nell'applicazione di questi strumenti. Inoltre, i risultati della valutazione dovrebbero essere integrati negli alberi decisionali del trattamento con dosaggi raccomandati basati su RCT nei pazienti pediatrici. (32)

Esiste una letteratura limitata sulla valutazione del dolore nella PICU; gli studi disponibili riguardano la validazione di strumenti quali la scala COMFORT (25, 26), la scala COMFORT-B, la scala FLACC e la scala MAPS (Multidimensional Assessment Pain).

La scala COMFORT-B è stata convalidata anche per i pazienti con ustioni [38]. Al contrario, negli ultimi decenni sono stati sviluppati più di 40 strumenti di valutazione del dolore per neonati, ma non tutti soddisfano i requisiti psicometrici minimi per l'applicazione nella pratica clinica. Si raccomandano la scala COMFORT-B consolidata e convalidata e la scala FLACC (per neonati e bambini) e il promettente PIPP-R (per neonati). (36)

L' unica raccomandazione di grado A è la seguente:

- Utilizzare uno strumento appropriato all'età per valutare il dolore acuto e prolungato, ad esempio la PIPP (revisitata) nei neonati e la scala di comportamento COMFORT, FLACC e MAPS nei bambini in condizioni critiche (grado di raccomandazione = A) (34)

Ricordiamo che il dolore va valutato:

– Ogni qual volta il bambino presenta situazioni cliniche che possono determinare dolore;

- Ogni qual volta che il bambino dice di avere dolore;
- Ogni qual volta i genitori dicono che il loro figlio ha dolore;
- Ad ogni prima ammissione in Reparto Ospedaliero e/o Servizio ambulatoriale;
- Prima e dopo interventi dolorosi (procedure-manovre diagnostico-terapeutiche);
- Durante la somministrazione di farmaci analgesici;
- Dopo la sospensione di farmaci analgesici. (37).

2.2 Dolore nel paziente adulto

Misurare il dolore nei pazienti intubati e sedati – le scale comportamentali-

Le scale comportamentali sono in generale sistemi che consentono la quantificazione del dolore dall'esterno permettendo l'attribuzione di un punteggio mediante l'osservazione. Quando il paziente avverte dolore ma non può comunicarlo, chi si occupa di lui assiste ad alterazioni più o meno marcate dei parametri vitali ed a variazioni comportamentali in molti casi anche particolarmente palesi.

Nei pazienti che possono esprimersi verbalmente tali variazioni non sono prese in considerazione al fine di monitorare l'esperienza dolorosa ed avviare eventuali trattamenti. Quando il paziente non è in grado di esprimersi, invece, esse diventano segnali "pertinenti" della presenza di dolore (Agencyfor Healt Care Policy and Research).

In uno studio condotto da Monica Vázquez, gli indicatori comportamentali di dolore maggiormente conservati sono stati:

- L'espressione facciale che aumenta del 55%
- I movimenti del corpo del 44%
- La compliance al ventilatore 33%
- La tensione muscolare del 22% (Vázquez et al,2008).

Negli studi di validazione delle scale comportamentali sono emersi anche i cambiamenti nei parametri vitali (PA, FC, FR, PIC se monitorizzata). La rilevazione di queste alterazioni è stata agevole grazie al monitoraggio continuo di pazienti in TI (Gelinas & Arbour, 2009).

Su questi risultati poggiano i principi scientifici per la valutazione del dolore del paziente critico impossibilitato a comunicare. Riguardo i parametri vitali occorre precisare che le variazioni non sempre sono sufficienti a confermare la presenza di dolore; tali variazioni infatti, possono essere causate da altri fattori come la patologia stessa, i cambiamenti omeostatici, i farmaci in corso.

Definito il razionale teorico che sostiene l'uso di scale comportamentali, occorre precisare che la letteratura ne descrive vari modelli. Nella revisione sistematica effettuata, due strumenti si sono dimostrati validi ed affidabili nella valutazione del dolore:

- a) BPS Behavioural Pain Scale;
- b) C-POT;
- c) NVPS. (38)

2.3 Dolore nell'anziano

Il ricovero in ospedale del paziente anziano affetto da malattia acuta rappresenta uno degli aspetti più importanti ai quali deve rispondere l'Organizzazione Sanitaria. A fronte dell'evidenza degli effetti negativi della ospedalizzazione, negli ultimi anni si è osservato un sempre maggiore ricorso all'ospedale, ed in particolare ai servizi specialistici ad alta complessità ed intensità tecnologica. Considerazioni sia di ordine clinico ed anche di utilizzo equo delle risorse impongono oggi un'attenta riflessione riguardo l'utilizzo indiscriminato di procedure e terapie di tipo intensivo nel paziente anziano. Essendo peraltro la condizione dell'anziano più complessa e influenzata dalla poli-patologia, da trattamenti medici concomitanti, dalla riduzione della funzione di organi e apparati, risulta molto difficile eseguire una accurata valutazione prognostica, volta a stabilire la più adeguata intensità di cura per il singolo paziente.

E' importante specificare che la fragilità è un «modern geriatric giant» e un grave problema di salute pubblica nella popolazione anziana. È stata recentemente definita dall'International Association of Gerontology and Geriatrics Frailty Consensus come "la condizione che aumenta la suscettibilità di una persona a una maggiore dipendenza, vulnerabilità e morte";

- "è una condizione associata all'invecchiamento in cui multipli sistemi fisiologici perdono gradualmente le loro riserve intrinseche". (N. Martínez-Velilla et al. / JAMDA 18 (2017) 898.e1e898.e8);
- "è una condizione in cui l'individuo si trova in uno stato vulnerabile con un aumentato rischio di esiti avversi per la salute quando esposto a un fattore stressante". (J.E. Morley et al. / JAMDA 14 (2013) 392e397).

Data l'importanza di questa situazione, negli anni si è cercato di ridurre i ricoveri di anziani critici, questo per evitare di esporre il paziente anziano a ulteriori eventi traumatici, che possono inasprire sulle sue condizioni di salute già critiche. (39)

Una grande varietà di programmi e di strumenti sono disponibili per assistere i professionisti per ridurre i non necessari trasferimenti in ospedale.

L'analisi delle cause principali è essenziale per identificare opportunità di sviluppo e educazione nelle organizzazioni. L' INTERACT (Interventions to Reduce Acute Care Transfer) trova nell'analisi delle cause principali un componente chiave. L'INTERACT QI è una valutazione retrospettiva progettata per essere eseguito dallo staff delle case di riposo.

Lo strumento consiste in una check-boxes con specifici items per facilitare il riassunto dei dati necessari di ordine sanitario e una raccolta di dati narrativi.

Concludiamo quindi dicendo che è importante:

- addestrare gli Infermieri nelle valutazioni strutturate e nella gestione della documentazione;
- Addestrare gli Infermieri nelle strategie di comunicazione (approccio SBAR=situazione, background, valutazione, raccomandazioni);

- Fornire agli infermieri strumenti che possono essere utilizzati nella pratica quotidiana;

-Utilizzo della telemedicina;

-Utilizzare le evidenze e i consigli degli esperti anche nelle long term care. (40)

Recentemente, sono stati sviluppati diversi strumenti di osservazione per valutare i comportamenti del dolore in pazienti non comunicativi. Lo scopo del presente studio era di verificare se la versione italiana dello strumento di valutazione del dolore del paziente non comunicativo (NOPPAIN) potesse essere utilizzata in ambito ospedaliero insieme alla scala PAINAD.

Sono stati presi in esame sessanta pazienti gravemente dementi (MMSE \leq 12, punteggio del test linguistico \leq 3) e 42 pazienti cognitivamente intatti (MMSE \geq 23, punteggio del test linguistico \geq 4) sono stati selezionati sulla base del loro stato cognitivo e abilità linguistiche. I moduli NOPPAIN sono stati compilati contemporaneamente da due membri del personale infermieristico dopo le attività di assistenza quotidiana dei pazienti; Sono stati raccolti anche indicatori comportamentali dello stato affettivo e segnalazioni comunicative di dolore dei pazienti.

I risultati hanno evidenziato un significativo accordo tra le parti nei punteggi parziali delle quattro sezioni principali del NOPPAIN e anche nel punteggio totale. Inoltre, nei pazienti cognitivamente intatti c'era una correlazione moderata (circa 0,50) ma significativa tra le valutazioni di NOPPAIN e le auto-segnalazioni del dolore. È stata anche trovata una correlazione positiva tra i punteggi del dolore e i punteggi dello stato affettivo negativo, specialmente nei pazienti con disturbi cognitivi.

Le conclusioni che si possono trarre è che i dati preliminari del presente studio supportano l'affidabilità e la validità della versione italiana del NOPPAIN, che sembra essere uno strumento di facile utilizzo nella valutazione del dolore nei pazienti ospedalizzati non comunicativi, insieme alla scala PAINAD. (50)

Capitolo 3- Scale di valutazione

In questo capitolo si riassumeranno quelle che sono le principali scale di valutazione descritte nei capitoli precedenti:

Scale di valutazione utilizzate per il lattante e il paziente pediatrico

Dolore: riepilogo degli strumenti di valutazione raccomandati per neonati e bambini in condizioni critiche. (41)

	Neonati				Neonati e bambini		
	PIPP	PIPP-revisionato	N-PASS	COMFO RTneo	Scala di comportamento COMFO RT	FLACC	Valutazione multidimensionale della scala del dolore (MAPS)
Fascia d'età	28-40 settimane	28-40 settimane	23-40 settimane	24-42 settimane	0-3 anni	0-7 anni	0-31 mesi
Tipo di dolore	Dolore procedurale e postoperatorio	Dolore procedurale	Dolore procedurale e prolungato	Dolore prolungato	Dolore postoperatorio	Dolore postoperatorio	Dolore postoperatorio
Variabili valutate	La frequenza cardiaca di una saturazione	La frequenza cardiaca di una saturazione	Frequenza cardiaca Frequenza respiratoria Pressione	Vigilanza Calma / agitazione Risposta respiratori	Vigilanza Calma / agitazione Risposta respiratori	Espressi one del viso, movimento degli	Segni vitali FC e / o PA Schema respiratorio

di ossigeno ^{un} Brow rigonfiame nto ^{un} occhio spremere ^{un} Nasolabial solco ^{uno} stato comportam entale	e di ossigeno ^u n rigonfiam ento Brow ^b squeeze Eye ^b Nasolabia l solco ^b stato comporta mentale	di sanguigna e di ossigeno pianto, irritabilità Espressioni facciali Stato comportam entale Estremità / tono	Saturazion e di ossigeno pianto, irritabilità Espressioni facciali Stato comportam entale Estremità / tono	a o pianto Movimen to del corpo Tono muscolare Tensione facciale	a o pianto Movimen to fisico Tono muscolare Tensione facciale	arti Grido, consola bilità Stato di eccitazione	Espressione facciale Movimenti del corpo Stato di eccitazione
Intervallo di punteggio (punto limite)	0-21 0-6 no al dolore lieve 7-12 > 12 dolore moder ato > 12 dolore severo	0-21 0-6 no dolore 7-12 dolore moderato > 12 dolore severo	Dolore: al 0-10 > 3 lieve dolore moderato > 12 dolore severo	6-30 6-13 da no a lieve disagio 14-21 moderato disagio > 22 grave disagio	6-30 > 17 dolore disagio 4-6 moderat o disagio 6-10 grave disagio / dolore	0-10 1-3 lieve disagio 4-6 moderat o disagio 6-10 grave disagio / dolore	
Adattamento all'età gestazionale	sì	Sì ^c	sì	No	N / A	N / A	N / A
Dati sull'affid abilità	+	-	+	+	+	+	+

Forme di validità stabilite	Costruire e concorrere	Costruire e concorrere	Costruire e convergere	Concorrente	Costruire e concorrere	Costruire e concorrere
Utilità clinica	+	-	+	+	+	
Grado	UN	UN	B	B	UN	B UN

La scala **PIPP**: *Premature infant Pain Profile* è risultata affidabile, valida e clinicamente utile nella valutazione del dolore nei neonati a termine (Stevens B et al., 2010). FIG.1

PIPP-R: *Premature Infant Pain Profile-Revised*

Sulla base dei *feedback* di esperti e clinici, oltre alla rivalutazione delle proprietà psicometriche, la scala PIPP è stata rivista (PIPP-R) per migliorarne l'affidabilità e la validità. Le modifiche minori includono variazioni al *layout*, le istruzioni dettagliate per l'uso e chiarimenti per indicare l'età gestazionale e lo stato comportamentale dei prematuri e dei nati a termine. Lo studio di validazione condotto da Gibbins e colleghi (Gibbins S et al., 2014) ha evidenziato che il PIPP-R presenta punteggi significativamente più alti durante le procedure dolorose rispetto a quelle non dolorose e un elevato grado di accordo tra valutatori, concludendo che la scala ha una buona validità di costruito, un'adeguata affidabilità intervalutatore e una discreta flessibilità dal punto di vista dell'utilizzo pratico. Stevens e colleghi (Stevens BJ et al., 2014) hanno dimostrato che la scala PIPP-R, rispetto alla sua versione precedente, riporta punteggi significativamente più bassi in assenza di stimolo doloroso (prelievo capillare dal tallone). (42) **FIG.2**

**PIPP Dolore acuto neonato
(Premature Infant Pain Profile, Stevens, 1996)**

Dati cartella	Indicatore	0	1	2	3	Risultato
		Età gestazionale ≥ 36 sett.	32-35 sett.	28-31 sett.	< 28 sett.	
Osservazione per 15 sec.	Stato comportamentale	Veglia attiva Occhi aperti Mimica facciale presente	Veglia calma Occhi aperti Mimica facciale assente	Sonno attivo Occhi chiusi Mimica facciale presente	Sonno quieto Occhi chiusi Mimica facciale assente	
Frequenza cardiaca (F.C.) e SatO2 di base (prima della procedura)						
Osservazione per 30 sec. dall'inizio della procedura	F.C. max	Incremento 0-4 battiti/min	Incremento 5-14 battiti/min.	Incremento 15-24 battiti/min.	Incremento ≥ 25 batti/min	
	Sat. O2 min	Diminuzione 0-2.4%	Diminuzione 2.5-4.9%	Diminuzione 5-7.4%	Diminuzione > 7.5 %	
	Aggrottamento sopracciglia	Assente, 0-9% del tempo (< 3 sec.)	Minimo, 10-39% del tempo (per 3-12 sec.)	Moderato, 40-69% del tempo (per 12-20 sec.)	Massimo, ≥ 70% del tempo (> 20 sec.)	
	Strizzamento occhi	Assente, 0-9% del tempo (< 3 sec.)	Minimo, 10-39% del tempo (per 3-12 sec.)	Moderato, 40-69% del tempo (per 12-20 sec.)	Massimo, ≥ 70% del tempo (> 20 sec.)	
	Approfondimento solco naso-labiale	Assente, 0-9% del tempo (< 3 sec.)	Minimo, 10-39% del tempo (per 3-12 sec.)	Moderato, 40-69% del tempo (per 12-20 sec.)	Massimo, > 70% del tempo (> 20 sec.)	
≤ 6 dolore minimo o assente; ≥ 12 dolore moderato o severo				Punteggio totale		

FIG. 1

Nome neonato _____ data di nascita _____

Età gestazionale _____ età odierna _____

data di registrazione _____

tipo di procedura eseguita _____

fentanest no sì al dosaggio di _____ µg/kg/h emla no sì saccarosio sì no al dosaggio _____ cc

terapia non farmacologia _____

ventilazione :respirosponaneo , O2 , CPAP , SIMV , SIPPV , HFO , altro

Indicatore	Descrizione/Punteggio	Risultato
Età gestazionale al momento della registrazione	0. ≥ 36 settimane 1. 32 - 35+6 settimane 2. 28 - 31+6 settimane 3. < 28 settimane	
Stato comportamentale (osservazione di 15 secondi)	0. Veglia attiva. Occhi aperti. Mimica facciale presente 1. Veglia calma. Occhi aperti. Mimica facciale assente 2. Sonno attivo. Occhi chiusi. Mimica facciale presente 3. Sonno quieto. Occhi chiusi. Mimica facciale assente	
FC max (osservazione di 30 secondi)	0. Incremento 0 - 4 batti/min 1. Incremento 5 - 14 battiti/min 2. Incremento 15 - 24 battiti/min 3. Incremento ≥ 25 battiti/min	
SatO2	0. Diminuzione 0 - 2,4% 1. Diminuzione 2,5 - 4,9% 2. Diminuzione 5 - 7,4% 3. Diminuzione ≥ 7,5%	
Corrugamento fronte	0. Nessuno, per meno di 3 secondi 1. Minimo 3 - 12 secondi 2. Moderato 12 - 20 secondi 3. Massimo > 20 secondi	
Strizzamento occhi	0. Nessuno, per meno di 3 secondi 1. Minimo 3 - 12 secondi 2. Moderato 12 - 20 secondi 3. Massimo > 20 secondi	
Corrugamento solco naso-labiale	0. Nessuno, per meno di 3 secondi 1. Minimo 3 - 12 secondi 2. Moderato 12 - 20 secondi 3. Massimo > 20 secondi	
Firma operatore		Totale



FIG. 2

La scala **COMFORT** è uno strumento di misurazione per valutare angoscia, sedazione e dolore nei pazienti pediatrici non verbali. Non è stata intrapresa alcuna valutazione formale della qualità metodologica; per questo è stata rivisitata e viene maggiormente utilizzata la scala **COMFORT NEO**. (43)

La COMFORT neo Scale: rappresenta una versione modificata della COMFORT Scale, una scala comportamentale validata per il post operatorio nei bambini da 0 a 3 anni e per i neonati in sedazione fino a 17 mesi di età, ed è stata sviluppata per l'ambito della terapia intensiva neonatale. La scala prevede 7 dimensioni comportamentali: vigilanza, quiete/agitazione, risposta respiratoria (solo per pazienti intubati), pianto (solo per pazienti in respiro spontaneo), movimenti del corpo, tensione del viso e tono muscolare. Ogni voce prevede una scala Likert con un punteggio da 1 a 5; il punteggio finale va da 0 a 30, rispettivamente nessun dolore e il peggior dolore possibile. Lo studio di Van Dijk M e collaboratori (Van Dijk M et al., 2009) ha dimostrato che la COMFORT neo Scale presenta una buona affidabilità intervalutatrice, una buona consistenza interna e una buona capacità dello strumento di misurare il cambiamento dell'intensità del dolore. Non sono state rilevate grandi differenze nei valori di *cut-off* (stimato a un punteggio pari a 14/30) in base al peso alla nascita, all'età gestazionale, ai livelli di rischio di compromissione neurologica o al sesso. FIG 3 (43)

La scala **FLACC** è uno strumento di osservazione per quantificare i comportamenti legati al dolore. L'espressione facciale, il movimento delle gambe, l'attività, il pianto e la consolabilità hanno ciascuno un punteggio 0-2, per un punteggio FLACC totale di 0-10. Le misurazioni FLACC sono state effettuate prima dell'analgia, all'inizio previsto dell'analgia e al picco dell'analgia previsto. E' una scala per bambini preverbali che soffrono di interventi chirurgici, traumi, cancro o altri processi patologici. I risultati supportano il giudizio clinico degli infermieri pediatrici per determinare la scelta dell'analgico piuttosto che fornire punteggi FLACC distinti per guidare la selezione dell'analgico. FIG.4 (45)

La **MAPS** (Multidimensional Assessment Pain Scale) è stata sviluppata per misurare il dolore postoperatorio nei bambini preverbali critici. A seguito dei test psicometrici preliminari, è stata richiesta un'ulteriore convalida di questa scala a 10 punti a 5 categorie. Insieme alla scala FLACC queste due scale sono considerate valide per l'applicazione clinica. FIG. 5 (46)

		Obs1	Obs2	Obs3	Obs4	Obs5	Obs6
	Date						
	Time						
ALERTNESS Deeply asleep Lightly asleep Drowsy Fully awake & alert Hyper-alert	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
CALMNESS/AGITATION Calm Slightly anxious Anxious Very anxious Panicky	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
RESPIRATORY RESPONSE No coughing and no spontaneous respiration Spontaneous respiration, minimal response to vent Occasional cough or resistance to vent Actively breathes against ventilator or coughs regularly Fights ventilator coughing or choking	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
PHYSICAL MOVEMENT No spontaneous movement Occasional, slight movement Frequent, slight movement Vigorous movement in extremities only Vigorous movement including torso and head	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
MEAN ARTERIAL PRESSURE (see reverse) LO: _____ Baseline _____ >HI Any observation LO All 6 observations within baseline range 1-3/6 observations HI 4-5/6 observations HI All 6 observations HI		LO/B/HI	LO/B/HI	LO/B/HI	LO/B/HI	LO/B/HI	LO/B/HI
		__/__/	__/__/	__/__/	__/__/	__/__/	__/__/
	1	—	—	—	—	—	—
	2						
	3						
	4						
HEART RATE (see reverse) LO: _____ Baseline _____ >HI Any observation LO All 6 observations within baseline 1-3/6 observations HI 4-5/6 observations HI All 6 observations HI		LO/B/HI	LO/B/HI	LO/B/HI	LO/B/HI	LO/B/HI	LO/B/HI
	1	__/__/	__/__/	__/__/	__/__/	__/__/	__/__/
	2	—	—	—	—	—	—
	3						
	4						
	5						
MUSCLE TONE Totally relaxed, no tone Reduced tone Normal tone Increased tone with flexion of fingers and toes Extreme rigidity and flexion of fingers and toes	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
FACIAL TENSION Facial muscles totally relaxed Facial muscle tone normal, no tension evident Tension evident in some facial muscles Tension evident throughout facial muscles Facial muscles contorted and grimacing	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
TOTAL							

FIG. 3

FIG. 4

	0	1	2
Volto	Espressione neutra o sorriso	Smorfie occasionali o sopracciglia corrugate, espressione distaccata, disinteressata	Da frequente a costante aggrottamento delle sopracciglia, bocca serrata, tremore del mento
Gambe	Posizione normale o rilassata	Si agita, è irrequieto, teso	Scalcia, o raddrizza le gambe
Attività	Posizione quieta, normale, si muove in modo naturale	Si contorce, si dondola avanti e indietro, teso	Inarcato, rigido o si muove a scatti
Pianto	Assenza di pianto (durante la veglia o durante il sonno)	Germe o piagnucola, lamenti occasionali	Piange in modo continuo, urla o singhiozza, lamenti frequenti
Consolabilità	Soddisfatto, rilassato	È rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio o dal tono della voce, è distraibile	Difficile da consolare o confortare

-Scale di valutazione del dolore per l'adulto

Behavioral Pain Scale (BPS): utilizzabile per la valutazione del dolore nei pazienti in condizioni critiche non in grado di riferirlo.

Questo strumento si basa essenzialmente sull'osservazione dei cosiddetti "indicatori di comportamento":

1. movimenti;
2. espressioni facciali;
3. postura che i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva assumono, a riposo e durante le
4. manovre a cui vengono sottoposti dai professionisti della salute;
5. compliance del paziente con la ventilazione meccanica.

Tali item possono essere valutati durante le normali attività assistenziali quotidiane, senza gravare ulteriormente sulle già difficili condizioni del paziente. Il punteggio BPS è la somma di 3 sottoscale, con un punteggio compreso tra 1 e 4. (47) FIG.6

Scala Critical-Care Pain Observation Tool (C-POT): La scala è stata ideata per permettere la valutazione del dolore nei pazienti non comunicanti. È composta da 4 domini, che comprendono espressione facciale, movimenti del corpo, tensione muscolare e compliance col ventilatore o vocalizzazione. Il punteggio va da 0 a 2 per ogni dominio, e da 0 a 8 complessivamente per la scala. Un punteggio da 0 a 2 indica che il paziente non ha dolore, un punteggio di 3 o superiore indica che il paziente sta percependo un dolore da moderato a grave. Le raccomandazioni prevedono che venga utilizzata, per i pazienti chirurgici, 6 ore dopo l'intervento e poi ogni 4 ore; per gli altri pazienti il dolore va documentato ogni 4 ore. (48) FIG. 7

Adult Nonverbal Pain Scale (NVPS) La scala è composta da 5 domini comportamentali; in base alle reazioni del paziente che viene valutato, per ogni dominio, viene assegnato un punteggio da 0 a 2. Il range della scala va da 0 a 10. Un punteggio da 0 a 2 indica che il paziente non ha dolore, un punteggio da 3 a 6 indica dolore moderato, un punteggio da 7 a 10 indica dolore severo. Per massimizzare il confort del paziente, la valutazione va effettuata ogni 4 ore sulla cartella infermieristica e completata prima e dopo l'intervento. Sepsi, ipovolemia e ipossia sono da escludere prima di ogni azione. (49) FIG.8

FIG. 6

ITEM	DESCRITTORE	PUNTEGGIO
Espressione facciale	Rilassata	1
	Parzialmente contratta (es. fronte corrugata)	2
	Completamente contratta (es. chiusura delle palpebre)	3
	Smorfia	4
Arti superiori	Nessun movimento	1
	Parzialmente piegato/i	2
	Completamente piegato/i con flessione delle dita	3
	Permanentemente ritirato/i	4
Adattamento alla ventilazione	Tollera il movimento dei flussi (nessun contrasto al ventilatore)	1
	Tosse, ma tollera ventilazione per la maggior parte del tempo	2
	Contrasto al ventilatore, ma ventilazione possibile a volte	3
	Incapacità di controllare la ventilazione	4

FIG. 7

Table 1 Description of the Critical-Care Pain Observation Tool

Indicator	Description	Score
Facial expression	No muscular tension observed	Relaxed, neutral 0
	Presence of frowning, brow lowering, orbit tightening, and levator contraction	Tense 1
	All of the above facial movements plus eyelid tightly closed	Grimacing 2
Body movements	Does not move at all (does not necessarily mean absence of pain)	Absence of movements 0
	Slow, cautious movements, touching or rubbing the pain site, seeking attention through movements	Protection 1
	Pulling tube, attempting to sit up, moving limbs/ thrashing, not following commands, striking at staff, trying to climb out of bed	Restlessness 2
Muscle tension Evaluation by passive flexion and extension of upper extremities	No resistance to passive movements	Relaxed 0
	Resistance to passive movements	Tense, rigid 1
	Strong resistance to passive movements, inability to complete them	Very tense or rigid 2
Compliance with the ventilator (intubated patients)	Alarms not activated, easy ventilation	Tolerating ventilator or movement 0
	Alarms stop spontaneously	Coughing but tolerating 1
	Asynchrony: blocking ventilation, alarms frequently activated	Fighting ventilator 2
OR		
Vocalization (extubated patients)	Talking in normal tone or no sound	Talking in normal tone or no sound 0
	Sighing, moaning	Sighing, moaning 1
	Crying out, sobbing	Crying out, sobbing 2

Adult Nonverbal Pain Scale

Categories	0	1	2
Face	No particular expression or smile	Occasional grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead	Frequent grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead
Activity (movement)	Lying quietly, normal position	Seeking attention through movement or slow, cautious movement	Restless, excessive activity and/or withdrawal reflexes
Guarding	Lying quietly, no positioning of hands over areas of body	Splinting areas of the body, tense	Rigid, stiff
Physiology (vital signs)	Stable vital signs	Change in any of the following: * SBP >20 mm Hg * HR >20/min	Change in any of the following: * SBP >30 mm Hg * HR >25/min
Respiratory	Baseline RR/SpO ₂ Compliant with ventilator	RR >10 above baseline, or 5% ↓SpO ₂ mild asynchrony with ventilator	RR >20 above baseline, or 10% ↓SpO ₂ severe asynchrony with ventilator

Abbreviations: HR, heart rate; RR, respiratory rate; SBP, systolic blood pressure; SpO₂, pulse oximetry.
 Instructions: Each of the 5 categories is scored from 0-2, which results in a total score between 0 and 10.
 Document total score by adding numbers from each of the 5 categories. Scores of 0-2 indicate no pain, 3-6 moderate pain, and 7-10 severe pain. Document assessment every 4 hours on nursing flow-sheet and complete assessment before and after intervention to maximize patient comfort. Sepsis, hypovolemia, hypoxia need to be excluded before interventions.

© Strong Memorial Hospital, University of Rochester Medical Center, 2004. Used with permission.

FIG.8

Scale di valutazione nell'anziano:

NOPPAIN scale: a scala **Noppain** è stata strutturata per evidenziare la presenza di dolore in pazienti non in grado di comunicare verbalmente la propria sofferenza al personale di cura. Essa si somministra nel paziente con punteggi al MMSE (Mini-Mental State Examination) inferiori a 15.

La valutazione del dolore è basata prevalentemente sul comportamento non verbale. La scheda deve essere compilata dal personale di cura dopo aver osservato i comportamenti da dolore del paziente per almeno 5 minuti durante le attività assistenziali quotidiane. L'operatore deve documentare ciò che ha osservato o ascoltato durante le manovre assistenziali. Lo strumento è composto da tre sezioni principali:

- Scheda di controllo delle attività: un elenco di 9 attività assistenziali svolte con il paziente anziano in ospedale o in RSA (mettere a letto il paziente, voltarlo nel letto, ecc). L'operatore deve segnalare le attività svolte e se ha notato dolore durante il loro svolgimento. Il punteggio ("totale 1") si ottiene sommando le attività nelle quali è stato osservato dolore e può variare da 0 (non è stato notato dolore in nessuna delle attività) a 9 (presenza di dolore in

tutte le attività);

- Comportamento da dolore: in questa sezione sono rappresentati graficamente 6 comportamenti da dolore (parole, mimica facciale, vocalizzi, immobilizzazione e rigidità, massaggio della parte dolorante e irrequietezza). Il compilatore deve indicare i comportamenti rilevati e valutarne l'intensità su una scala Likert a 6 punti, da 0 (la minor intensità possibile) a 5 (la maggior intensità possibile). Il numero di comportamenti da dolore permette di ottenere il punteggio "totale 2a" (range: 0-6), mentre la somma delle intensità valutate per ciascun comportamento determina il punteggio "totale 2b" (range:0-30);
- Intensità del dolore: l'operatore deve valutare su scala numerica da 0 (dolore assente) a 10 (dolore peggiore possibile) l'intensità massima del dolore osservato durante le cure assistenziali ("totale 3"). Dalla somma dei punteggi parziali (totale 1, totale 2a, totale 2b e totale 3) si ricava un punteggio totale (Totale Noppain) che varia da 0 a 55. Un punteggio superiore a 3 indica dolore da segnalare al personale di cura per un esame più approfondito. (51) FIG. 9

La Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD): è una scala multidimensionale per la valutazione del dolore. Essa è stata ideata ed utilizzata per i pazienti non collaboranti con un importante deterioramento cognitivo. La scala Painad prende in considerazione i seguenti 5 parametri fondamentali, così declinati:
Respirazione:

- nel caso in cui essa sia normale gli viene attribuito un valore 0,
- se presenta breve iperventilazione o respiro a tratti alterato gli viene attribuito il valore 1,
- in caso di iperventilazione o respiri patologici gli viene attribuito il valore 2

Vocalizzazione:

- nel caso in cui essa sia assente gli viene attribuito un valore 0

- se sono presenti espressioni negative o lamenti occasionali gli viene attribuito il valore 1
- nel caso in cui siano presenti pianti, lamenti o ripetuti richiami gli viene attribuito il valore 2

Espressione del volto:

- nel caso in cui non ci siano espressioni del volto o il paziente sia sorridente gli viene attribuito un valore 0
- se il volto sia contratto o esprime ansia o tristezza gli viene attribuito il valore 1
- nel caso in cui siano presenti delle smorfie gli viene attribuito il valore 2

Linguaggio del corpo:

- nel caso in cui sia rilassato gli viene attribuito un valore 0
- se il corpo si presenta teso o sono presenti movimenti irrequieti e nervosi gli viene attribuito il valore 1
- in caso di agitazione, rigidità, ginocchia piegate, movimenti a scatti e afinalistici gli viene attribuito il valore 2

Consolazione:

- se il paziente non necessita di consolazione allora gli viene attribuito un valore 0
- nel caso in cui il paziente risulta distraibile o consolabile dalla voce o dal tocco gli viene attribuito il valore 1
- se il paziente risulta inconsolabile, non distraibile e nemmeno rassicurabile allora gli viene attribuito il valore 2

Dopo aver valutato e monitorato i 5 item precedentemente elencati, si esegue la somma dei vari valori ottenuti. Il punteggio varia da 0 a 10 e deve essere interpretato nel seguente modo:

- Assenza di dolore: punteggio 0
- lieve dolore: punteggio da 1 a 3

- moderato dolore: punteggio da 4 a 6
- dolore severo: punteggio da 7 a 10

FIG.10 (52)

FIG.9

Scala Noppain

Nome dell'utente		Data	Ora
Nome del compilatore			

INDICAZIONI: l'operatore dovrebbe effettuare almeno 5 minuti di assistenza quotidiana all'ospite osservando i comportamenti che suggeriscono dolore. La scheda deve essere compilata in ogni sua parte subito dopo il termine delle attività di assistenza.

Scheda controllo delle attività (barrare SI/NO)		A Hai svolto questa attività?	B Hai osservato dolore mentre la svolgevi?	Risposta al dolore Cosa hai osservato o ascoltato durante l'assistenza?
a) mettere a letto l'utente OPPURE osservare l'ospite che si sdraia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Parole di dolore? Che mole, Ah!, Imprecazioni, Basta</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamento? 0-5 scale</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Espressioni di dolore? Smorfie, sussulti, Sopracciglia aggrottate</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamento? 0-5 scale</p> </div> </div>
b) girare l'ospite nel letto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Stringere una parte dolente? Irrigidire, proteggersi, tenere fermo</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamento? 0-5 scale</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Versi che esprimono dolore? Gemiti, lamenti, pianti, singhiozzi, borbottii.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamento? 0-5 scale</p> </div> </div>
c) passaggi posturali (letto-sedia, sedia-wc, sedia- in piedi)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Sfregare una parte dolente? Massaggiare un'area dolente</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamento? 0-5 scale</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Irrequietezza? Cambi di posizione, impossibilità o stare fermo, rifiuto delle cure</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamento? 0-5 scale</p> </div> </div>
d) mettere seduto l'utente OPPURE osservare l'utente che si siede		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
e) vestire l'ospite		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
f) alimentare l'ospite		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
g) aiutare l'ospite a stare in piedi OPPURE osservare l'ospite mentre è in piedi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
h) aiutare l'ospite a camminare OPPURE osservare l'ospite che cammina		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
i) fare il bagno all'ospite OPPURE fare una spugnatura a letto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

PUNTEGGIO Sommare il numero delle caselle "SI" segnate nella colonna B	TOTALE 1	Sommare il numero di caselle "SI"	TOTALE 2A	Sommare i numeri segnati nella casella di intensità	TOTALE 2B
--	-----------------	--	------------------	--	------------------

Intensità del dolore
Valutare il dolore dell'utente al massimo livello notato oggi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assenza Lieve Moderato Intenso Severo

TOTALE 3

ATTENZIONE!
Se l'utente ha segnalato di aver dolore, o il suo punteggio Noppain è maggiore o uguale a 3, segnalare l'utente all'infermiere per un esame globale.

Porre una "X" sulla sede del dolore
Porre una "0" sulla sede delle lesioni cutanee

PUNTEGGIO Noppain
TOTALE 1 TOTALE 2A TOTALE 2B TOTALE 3 PUNTEGGIO Noppain
<input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> = <input type="text"/>

FIG. 10

PAINAD

Pain Assessment in Advanced Dementia (Warden, 2003)

TABELLA 1: La scala PAINAD.

INDICATORI	0	1	2
Respirazione	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea
Vocalizzazione	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti
Espressioni del volto	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca rassicurazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione
0-1 <i>Dolore assente</i>	2-4 <i>Dolore lieve</i>	5-7 <i>Dolore moderato</i>	8-10 <i>dolore severo</i>

Capitolo 4: Gestione infermieristica del dolore

4.1 Raccomandazioni AISD (Associazione Italiana Studio del dolore)

La diagnosi di dolore acuto ed il suo trattamento dovrebbero essere costantemente eseguiti in tutti i pazienti trattati in emergenza, sia in ambito pre-ospedaliero che in Pronto Soccorso (PS). In tutti i pazienti sin dal loro arrivo in PS dovrebbero essere valutate le eventuali allergie ed intolleranze, misurato il livello di dolore e trascritto tale valore sul documento clinico (cartella clinica, scheda di triage e scheda del 118).

L'introduzione di protocolli analgesici di guida infermieristica per il triage potrebbe portare ad un consistente vantaggio nei tempi di trattamento del dolore. È stato dimostrato che l'introduzione della valutazione del dolore tra i parametri da registrare in triage determina un importante miglioramento clinico, andando a ridurre il tempo necessario affinché i pazienti ricevano l'opportuno trattamento analgesico.

Allo scopo di uniformare i percorsi diagnostico-terapeutici nell'assistenza pre-ospedaliera e nel primo approccio all'arrivo in pronto soccorso, il gruppo interdisciplinare propone le seguenti raccomandazioni (Livello D):

a. Valutare e documentare la presenza e l'intensità del dolore in maniera sistematica.

Procedere a rivalutazione dopo ciascun intervento analgesico. Predisporre apposita modulistica per la documentazione sia delle condizioni cliniche che della presenza ed intensità del dolore, con previsione di appositi campi per le rivalutazioni.

b. Definire protocolli clinici di trattamento extraospedaliero del dolore con chiara esplicitazione di indicazioni e controindicazioni, condivisi con i dipartimenti di emergenza ospedalieri. Adottare protocolli standardizzati di misura e trattamento del dolore acuto, redatto dalla locale centrale operativa del 118, in collaborazione con la rete del dolore aziendale interdisciplinare e multi professionale (Comitato ospedale e territorio senza dolore) nel rispetto del Prontuario terapeutico locale, o di area vasta e delle raccomandazioni aziendali e regionali.

- c. Prevedere idonea dotazione dei mezzi di soccorso con agenti analgesici e specifici protocolli di utilizzo anche in relazione ai possibili effetti collaterali e/o alle complicanze conseguenti al loro utilizzo
- d. Prevedere apposite sessioni di training per il personale sanitario impegnato in attività di emergenza sanitaria territoriale. (53)

4.2 Protocolli Aree Vaste della Regione Marche

Nella nostra Area Vasta nelle unità operative del Pronto Soccorso vengono utilizzati protocolli stilati a livello regionale. E' presente una delibera aggiornata al 25 novembre 2019 dove vengono illustrate le procedure per provvedere a risolvere il dolore nei pazienti.

Ecco riassunti nella seguente tabella alcuni casi:

CONDIZIONE/ SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE	PRESTAZIONE CONSIGLIATA
Dolore toracico per sospetto SCA	786.50 Dolore non specificato	Monitoraggio clinico-strumentale; Monitoraggio ecografico Prelievi ematici Approfondimento diagnostico-strumentale	Paziente con ECG normale o non diagnostico con markers di necrosi al tempo 0 negativi e con probabilità alta o media di SCA	Pazienti con probabilità bassa di SCA, abuso di droghe, instabilità clinica. Presenza di criteri per ricovero urgente.	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG:0-4/6-12h Esami: Routine+TN a 3-6h RX torace Eco cuore Test da sforzo

Gestione del dolore	3380 Sindrome da dolore centrale	Monitoraggio clinico Controllo farmacologico dei sintomi Analgesia locoregionale	Pazienti con dolore medio-grave (VAS- 7) che non cede ad un trattamento appropriato in PS o in cui è necessario stabilire un' analgesia locoregionale o continua	Condizioni cliniche instabili Presenza di comorbilità e/o eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.	Esami:routine Accesso venoso centrale/periferico Infusione e/v di terapia Blocco locoregionale
Sintomatologia dolorosa (dolori addominali, coliche renali, dolore toracico, ferite, dolore da manovre ortopediche cruenta)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 338.11 dolore acuto da trauma	Inquadramento o/approfondimento diagnostico del dolore con esami Consulenze specialistiche Trattamento della patologia Somm.farmaci antidolorifici Sedazione moderata Monitoraggio clinico strumentale	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore. Dolore di recente insorgenza, in pz stabile e che non necessita di procedura chirurgica	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che richiede più di 36 ore. Politrauma o condizioni cliniche instabili o in deterioramento.	Valutazione mediante scale. Somministrazione di farmaci Esami ematologici e strumentali
Trauma cranico minore	850.0 contusione senza perdita di coscienza	Osservazione clinica >6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Monitoraggio GCS e 3°	GCS>14, sintomatico (cefalea,nausea ,vomito,sonnolenza,amnesia con EO negativo)	GCS<13, condizioni stabili Condizioni di comorbilità e/o eventi acuti.	Monitoraggio dei PV, pupille Terapia antalgica TC se alterazione della GCS o

	8501 concussione con breve perdita di coscienza	nervo cranico. Approfondimento diagnostico- strumentale.	Dinamica del trauma banale	Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico- terapeutico entro 36 ore.	segni di ipertensione endocranica, consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica.
QUADRI CLINICI INDICATI PER PAZIENTI PEDIATRICI					
Linfoadenopatia	7856 Linfoadenomegalia Ecografia Eventuale inizio terapia specificata	Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS con esami ematologici Quadro sospetto di evoluzione chirurgica	Ipotesi diagnostiche e con prevedibile dimissione entro le 36 ore	Forte sospetto di malattia oncolgica Quadro con chiara indicazione chirurgica.	Indici di flogosi Sierologia per EBV Ecografia Consulenza ORL Somministrazione di farmaci
Sincope	780.2 Sincope e collasso	Monitoraggio dei PV Esecuzione di un ECG e consulenza cardiologica Ev. altri accertamenti (visita neurologica, TC, RMN)	Di dubbia dinamica	Sincope cardiologica Sincope vasovagale	EGA ECG Consulenze specialistiche e ORL/NPI
Sintomatologia dolorosa (dolori addominali, coliche)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale	Inquadramento/ approfondimento diagnostico	Ipotesi diagnostiche e con prevedibile dimissibilità	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di	Valutazione mediante scale adeguate all'età.

renali, dolore toracico, ferite, dolore da manovre ortopediche cruento)	789.0 dolore addominale 338.11 dolore acuto da trauma	del dolore con esami Consulenze specialistiche Trattamento della patologia Somm. farmaci antidolorifici Sedazione moderata Monitoraggio clinico strumentale	entro le 36 ore.	inquadramento che richiede più di 36 ore.	Somministrazione di farmaci Esami ematologici e strumentali per definire la causa
Reazioni anafilattiche	995.2 Effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Stabilizzazione e monitoraggio dei PV. Terapia con adrenalina, cortisonici, cortisonici, adrenalina, antistaminici. Valutazione decorso clinico.	Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie	Reazioni anafilattiche con manifestazioni cutanee isolate.	Monitoraggio parametri: FR, SaO2, FC Somministrazione farmaci (antistaminici, cortisone)

Conclusioni

Con questo elaborato abbiamo esaminato i vari tipi di dolore, abbiamo effettuato una distinzione tra dolore acuto, cronico e da procedura; abbiamo inoltre discusso dei vari metodi di rilevazione del dolore nei pazienti critici, analizzando le diverse fasce d'età: Nel lattante, nel bambino nell'adulto e nell'anziano.

Abbiamo poi continuato con l'inserimento delle principali scale di valutazione utilizzate nel paziente critico in grado di rispondere e non, per determinare il valore soggettivo del dolore, in base a quelle che sono le esperienze personali del paziente. Abbiamo poi illustrato quelle che sono le normative nazionali e regionali, le raccomandazioni dall' AISD e uno sguardo più specifico all'utilizzo dei protocolli nelle aree vaste della regione Marche. Sede di tirocinio dell'autrice dell'elaborato.

Lo studio evidenzia quindi la necessità di programmi formativi sulla gestione del dolore per raggiungere il miglioramento delle conoscenze e degli atteggiamenti degli infermieri. Spesso il dolore non rientra nei programmi formativi accademici. Questi risultati suggeriscono la necessità di esaminare la conoscenza sul dolore nelle facoltà di infermieristica e nei tirocini clinici. Si ha quindi l'esigenza di operare sulla cultura del diritto alla non sofferenza con programmi didattico formativi ad hoc, cercando di stimolare il personale ad aumentare la propria disponibilità ad accogliere informazioni riguardanti il dolore e a cambiare le false convinzioni, veicolando le evidenze scientifiche nella pratica clinica.

Oggi la situazione appare piuttosto cambiata, la creazione di reti deputate alla cura dei pazienti sia essi terminali che non, la definizione di strumenti diagnostici e terapeutici, l'istituzione di percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari, la semplificazione da parte dello Stato mediante la promulgazione di una legge a difesa del dolore, il ruolo delle associazioni no profit, sono elementi basi per garantire una vita libera dal dolore inutile.

Una cosa che gli infermieri non dovrebbero mai dimenticare è: bisogna saper essere, saper fare e sapere di non essere mai arrivati.

Bibliografia e Sitografia

1. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3769&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=terapia
2. Giada Lonati- L'ultima cosa bella. Dignità e libertà alla fine della vita, Rizzoli, Milano 2017.
3. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2.jsp?lingua=italiano&area=curePalliativeTerapiaDolore&pubblicazioni.page=1
4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11866401/>
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11902253/>
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19934877/>
7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4429176/>
8. <https://www.infermiereonline.org/2018/12/12/valutazione-e-gestione-del-dolore-in-terapia-intensiva-risultato-di-unindagine-multicentrica-nazionale/>
9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19291192/>
10. <http://www.aisd.it/page.php?42>
27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23269131/>
28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7664563/>
29. <https://www.istat.it/it/files/2017/04/previsioni-demografiche>
30. https://www.regione.marche.it/portals/3/Aree_attivita/Altre_attivita/PSSR%20Del_Amm107_2020.pdf
31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4846705/#CR11>
32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4846705/#CR12>

33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4846705/#CR88>
34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4846705/#CR14>
35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4846705/#CR10>
36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4846705/#CR9>
37. <http://www.sisip.it>
38. <https://www.nursetimes.org/la-rilevazione-del-dolore-in-terapia-intensiva/110636>
39. «La gestione del paziente anziano critico: attivazione di un'area di cure intermedie nel reparto di 1a Geriatria dell'Azienda Ospedaliera di Verona». C. Bellamoli, M. Azzini, C. Bozzini, Gbisoffi, R. Rozzini G. Gerontolo 2010; 58: 21-30
40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32310558/>
41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4846705/#CR25>
42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24503979/>
43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4846705/#CR95>
44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18165830/>
45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12723828/>
46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17986034/>
47. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16244013/>
48. <http://eprints.bice.rm.cnr.it/9759/>
49. <https://aacnjournals.org/ccnonline/article-abstract/29/1/59/4185>
50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19959918/>

51. <http://www.valoreinrsa.it/strumenti-di-lavoro/dolore.html>

52. <https://www.assocarenews.it/>

53. <https://www.aisd.it/>

Allegati

Ringraziamenti

Questi tre anni sono stati tutt'altro che facili, sono stati un mix di emozioni contrastanti dal primo giorno fino ad oggi... Ho vissuto situazioni che mi hanno segnata e che hanno ispirato la creazione di questo elaborato.

La prima persona che voglio ringraziare è la mia amica Eleonora, te ne sei andata troppo presto e non c'è giorno che non pensi a te e alla carica che mi davi ogni volta che un esame mi andava male, quando mi spingevi a non mollare e ti trovavi sotto casa mia con un pacco di biscotti perché "ti servono energie e abbracci, farai il lavoro più bello del mondo, perciò fai il pieno ora e dacci dentro" grazie per la parola giusta al momento giusto, questo ultimi due anni senza di te non sono stati facili, mi manchi sempre.; mi manca l'entusiasmo che mi trasmettevi ogni giorno e la gioia che solo tu sapevi portare. "I ricordi non servono a tornare indietro ma a darci la forza per andare avanti" è una frase che mi ripeto spesso perché ricordando te, ricordo perché ho continuato questo percorso e sono sempre più convinta che questa è la mia strada. Questo elaborato è dedicato a te.

Continuo invece ringraziando le mie amiche che hanno deciso di restare e sostenermi nonostante le mie mille crisi giornaliere, la mia assenza dalle uscite e dalle scampagnate senza farmi mai pesare il fatto che io fossi assente quasi sempre, grazie per il sostegno che mi avete dimostrato e la comprensione. Siete speciali e preziose.

Grazie ad Emily, che è stata una spalla e un'amica vera, abbiamo affrontato questo percorso universitario fianco a fianco, sei stata la mia forza e io la tua, una squadra perfetta ed invincibile.

Grazie Giò per aver iniziato insieme questo percorso e per avermi aiutato a portarlo avanti sempre a testa alta, ad essere stata non solo una persona conosciuta all'università ma un'amica leale e disponibile anche al di fuori di essa.

Grazie Ale per avermi aiutato in questo percorso e a farmi capire che un ostacolo non è mai troppo grande se affrontato insieme. Sei importante.

Il ringraziamento più grande invece va alla mia famiglia, senza di lei non avrei mai potuto iniziare questa avventura, una certezza che so non mancherà mai. Mi reputo una persona fortunata ad avere voi sempre al mio fianco, ogni volta che cado siete lì, pronti a confortarmi e a farmi tornare in me. Siete un esempio che ho voluto e vorrò sempre seguire. Grazie di tutto.

Ringrazio infine me stessa, perché sono riuscita ad andare avanti e a non cedere quando tutto sembrava interminabile ed impossibile, mi ringrazio per aver trovato la forza di affrontare situazioni difficili e non adatte ad una persona della mia età, a essere riuscita a trovare la forza per aiutare gli altri quando non ne avevo più per me, a scoprire che dentro ognuno di noi c'è una forza che quando meno te lo aspetti esce fuori come un tornado.

Questo percorso lo dedico a me e alla donna adulta che sono diventata. Il viaggio è ancora lungo e non mi fermerò qua. Grazie a tutti per aver vissuto questa esperienza insieme ora ne vivrò un'altra ancora più bella.