



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale in:

Scienze Infermieristiche e Ostetriche

**Monitoraggio infermieristico del
dolore in Radiologia
Interventistica: Intraoperative pain
assessment, pain scale and clinical
audit**

Relatore: Chiar. ma
Prof.ssa Chiara Floridi

Tesi di Laurea di:
Paolo Veccia

Correlatore: Chiar.ma
Dott.ssa Alessia Bedini

A. A. 2022-2023

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I - COMPRENDERE IL DOLORE PER GESTIRLO	4
1.1 <i>Il dolore: dalla definizione al trattamento</i>	4
1.2 <i>La classificazione e l'eziopatogenesi del dolore</i>	4
1.3 <i>La tolleranza e la percezione del dolore</i>	7
1.4 <i>Come rilevare il dolore?</i>	7
1.5 <i>Gli strumenti di valutazione del dolore</i>	8
1.6 <i>Il ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore</i>	10
1.7 <i>La gestione farmacologica del dolore</i>	12
1.8 Riferimenti normativi	14
1.9 Il dolore in Radiologia Interventistica	15
CAPITOLO II – OBIETTIVO	16
CAPITOLO III - MATERIALI E METODI	17
3.1 Scheda di progettazione audit clinico	19
1.1 Tema dell'audit:	19
1.2 È un tema professionale?	19
1.3 Motivazione e rilevanza dell'audit:	19
1.4 Obiettivi dell'audit:	19
1.5 Committente / "sponsor" dell'audit:	20
1.6 Valutato:	20
1.7 Composizione del gruppo di audit:	20
3.2 Criteri, indicatori, standard e fonti dei dati	21
3.3 Popolazione dello studio	28
3.4 Conduzione del test pilota	34
CAPITOLO IV – RISULTATI	35
4.1 Risultati test pilota	35
4.2 Risultati audit clinico	37
4.3 Problemi emersi durante la sperimentazione	53
4.4 Problemi emersi durante l'audit clinico	56
CAPITOLO V – DISCUSSIONE	59

5.1 Ipotesi sulle cause	59
5.2 Azioni migliorative	61
CAPITOLO VI – CONCLUSIONI.....	64
ABBREVIAZIONI	66
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	67
ALLEGATI	71
RINGRAZIAMENTI	97

INTRODUZIONE

Primum non nocere. Il fatto che un intervento chirurgico possa lasciare qualsiasi tipo di dolore getta un'ombra su questo principio, che è visto come la base della pratica medica e l'ancora della sua etica principale.

È tanto più sorprendente in quanto la medicina ha prestato attenzione a questa situazione paradossale di dolore cronico solo negli ultimi anni. Chiarire le conoscenze acquisite in questo campo è diventato ancora più urgente oggi di fronte a una legittima richiesta dei pazienti: perché e come può un intervento chirurgico, che dovrebbe portare sollievo, lasciare dietro di sé una sequela inaccettabile?

Le Linee Guida nazionali ed internazionali pongono particolare enfasi nella rilevazione dei parametri vitali e del dolore post-operatorio su una scala di progressione rigorosamente temporale, mentre la documentazione del dolore intra-operatorio rimane in larga parte una questione ancora non sufficientemente descritta. È però opinione corrente che il dolore peri-operatorio, se non efficacemente rilevato e trattato, possa predisporre con maggiore frequenza alla insorgenza di dolore cronico (Chronic Postsurgical Pain) ^[1], con incidenza e gravità apparentemente indipendenti dalla intensità del dolore acuto iniziale.

Da queste considerazioni parte il mio progetto di tesi che vuole illustrare una metodica di rilevazione, in tempo reale, del dolore nel Paziente, sia coscienti che con depresso stato di coscienza, sottoposto a procedure interventistiche, che tenga conto di parametri strumentali e di segni clinici.

CAPITOLO I - COMPRENDERE IL DOLORE PER GESTIRLO

1.1 Il dolore: *dalla definizione al trattamento*

Il dolore è una sensazione estremamente spiacevole e molto personale localizzata in un determinato distretto corporeo. Può essere definito in termini di processo che si instaura nei tessuti o li danneggia e di reazione fisica o emotiva. Dunque il dolore possiede una duplice natura, quella di un'emozione e di una sensazione.

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 tale danno”^{[2][3]}.

Il dolore è l'interpretazione che il sistema nervoso fornisce dell'informazione trasmessa lungo i circuiti che cominciano coi nocicettori. Questi sono attivati da una varietà di stimoli intensi, chimici, meccanici o termici che causano un danno tissutale. Varie molecole rilasciate da un tessuto danneggiato attivano i nocicettori o li sensibilizzano abbassandone la soglia di attivazione. Sebbene questa sensazione sia universale, la sua natura è unica per l'individuo che lo prova.

Un'efficace gestione del dolore è un aspetto essenziale nelle cure infermieristiche: il dolore è una sensazione molto personale e difficile da comunicare infatti l'infermiere può trovarsi in una situazione di difficoltà dato che non può né vedere né sentire il dolore di un paziente^[4]. Per tal motivo, si avvale di numerose scale di valutazione che aiutano ad indagarne la quantità e la qualità. È importante che gli infermieri utilizzino una visione olistica dell'assistenza, in quanto il dolore rappresenta un'esperienza sia fisica che emotiva.

1.2 *La classificazione e l'eziopatogenesi del dolore*

Il dolore può essere classificato in base alla localizzazione, alla durata, all'eziopatogenesi e intensità. In base alla localizzazione:

- dolore somatico superficiale, ovvero causato dalla stimolazione della cute, è di breve durata e ben localizzato nello spazio e nel tempo. Generalmente è quello provocato da piccoli tagli oppure dalla puntura di un ago;
- dolore profondo o viscerale, ha origine in organi o visceri cavi, è un dolore diffuso e può irradiarsi in altre aree corporee. La durata è variabile ma di solito è maggiore rispetto a quello superficiale.
- dolore riflesso, è molto comune nel dolore viscerale dato che molti organi sono privi di recettori dolorifici. Infatti, viene avvertito in un'area del corpo differente da quella della fonte del dolore. Un esempio è il dolore cardiaco che può essere percepito nelle spalle o nel braccio sinistro.
- dolore irradiato, è una sensazione costante o intermittente che si estende ad altre parti del corpo, ad esempio dalla regione lombare alle gambe.

La classificazione del dolore in base alla durata distingue il dolore in acuto, cronico e episodico:

- dolore acuto compare all'improvviso e la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) specifica la diagnosi infermieristica di Dolore Acuto come una "esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale, o che viene descritta nei termini di tale danno (International Association for the Study of Pain); insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a severa, con un termine previsto o prevedibile e con una durata inferiore a 3 mesi"^[5]. Esempi di dolore acuto sono il dolore postoperatorio, le ustioni, il dolore traumatico. Esso può essere da lieve a severo e il sistema nervoso simpatico reagisce con l'aumento della frequenza del polso, della pressione arteriosa, della funzione respiratoria, diaforesi e dilatazione pupillare. Il paziente con dolore acuto sarà agitato e ansioso;
- dolore cronico è un dolore persistente e la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) specifica la diagnosi infermieristica di Dolore Cronico come una "esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale, o che viene descritta nei termini di tale danno

(International Association for the Study of Pain); insorgenza improvvisa o lente di qualunque intensità da lieve a severa, costante o ricorrente, senza un termine previsto o prevedibile e con una durata superiore a 3 mesi”^[5]. Inoltre, può non avere una causa identificabile. In questo caso i parametri vitali sono normali, la cute è asciutta e calda, le pupille sono normali o dilatate. È un dolore che continua oltre la guarigione e influisce sulla personalità del paziente che appare depresso e introverso in quanto influisce sulla sua qualità di vita. Il dolore cronico a sua volta si distingue in dolore non oncologico (non maligno) od oncologico; quest’ultimo può essere il risultato degli effetti della malattia e del suo trattamento;

- dolore episodico o “breakthroughpain”, è un aumento transitorio dell’intensità del dolore in un paziente con un dolore di base controllato dalla terapia analgesica. Questo insorge rapidamente e si manifesta molto spesso durante il giorno, inoltre si distingue in tre sottotipi: dolore incidentale correlato a fattori precipitanti, dolore spontaneo non correlato a specifiche attività e dolore da fine dose.

Un’ulteriore classificazione di dolore è quella che lo distingue in base all’eziologia in nocicettivo, neuropatico e idiopatico:

- dolore nocicettivo, deriva da un danno reale o potenziale di tessuto non-neurale, dovuto all’attivazione dei nocicettori. Si differenzia dal dolore neuropatico in quanto il sistema nervoso è perfettamente funzionante. Richiede attenzione e cure appropriate e una volta guarito il danno scompare; pertanto si tratta di un dolore transitorio. Tende ad essere localizzato, intenso, pulsante;
- dolore neuropatico, si presenta nel momento in cui i nervi sono mal funzionanti o danneggiati a causa di malattie o lesioni. Esempi possono essere il dolore da neuropatia diabetica o da herpes zoster. Viene distinto in base alla porzione del sistema nervoso danneggiata. Il dolore neuropatico periferico è quello causato dal danneggiamento o dalla sensibilizzazione dei nervi periferici. È tipico della sindrome del tunnel carpale o del dolore fantasma. Il dolore neuropatico centrale è dovuto invece al malfunzionamento dei nervi nel sistema nervoso centrale,

come ad esempio il dolore post-ictus o della sclerosi multipla. Il dolore neuropatico si presenta simile ad un formicolio o ad una scossa elettrica, e può essere scatenato anche da una lieve stimolazione tattile. È cronico e difficile da trattare;

- dolore idiopatico, questo è un dolore la cui origine è sconosciuta.

La classificazione del dolore basata sull'intensità (lieve, moderato, severo) si è rivelata un'utile modalità per identificare i tipi di dolore infatti sulla base di ciò sono state create opportune scale di valutazione^[6].

1.3 La tolleranza e la percezione del dolore

La tolleranza al dolore è la massima quantità di stimoli dolorifici che un individuo è capace di sopportare.

La percezione del dolore varia a seconda della storia del paziente^[7], infatti può risultare aumentata dalle esperienze pregresse oppure soppressa nelle situazioni di emergenza. Inoltre può essere influenzata da età, sesso, etnia, credenza e cultura. La soglia del dolore viene definita dalla IASP come “la minima intensità alla quale uno stimolo è percepito come doloroso”.

Altri fattori influenzanti possono essere l'ambiente come per esempio l'ospedale che con le sue luci, rumori e le varie attività può suscitare sensazioni negative per l'ammalato; inoltre le persone di supporto possono aiutare o meno la persona a sopportare il dolore.

1.4 Come rilevare il dolore?

Il dolore viene considerato in molte strutture sanitarie come il quinto parametro vitale al fine di rendere più sensibili i professionisti sanitari sulla sua valutazione e trattamento. Infatti in questo modo il dolore viene accertato con la stessa sistematicità

con cui vengono rilevati i parametri vitali e c'è più probabilità che venga trattato prontamente e con maggior attenzione.

L'identificazione accurata del dolore è alla base di un'efficace assistenza infermieristica^{[8][9]}. Infatti l'infermiere valuta efficacemente il dolore partendo da un'anamnesi accurata del paziente e dall'osservazione diretta di risposte fisiologiche e comportamentali del paziente. Questo serve per ottenere una valutazione oggettiva del dolore. Durante l'anamnesi, il paziente dovrà essere libero di esprimere a parole proprie il dolore. Dato che il dolore è un'esperienza unica per il paziente, l'anamnesi deve essere specifica per ogni paziente. Bisogna credere al paziente su quanto riferito e chiedere cosa riesce ad alleviare il suo dolore. Risulta importante utilizzare il self report che è la fonte primaria di valutazione per le persone in grado di esprimersi e cognitivamente indenni. Infatti, né l'osservazione del comportamento né la rilevazione dei parametri vitali possono sostituire quanto riferito dal paziente.

Qualora la persona non sia in grado di auto-riferire il dolore, si devono utilizzare idonee metodologie e scale per la sua rilevazione.

1.5 Gli strumenti di valutazione del dolore

Sono disponibili diversi strumenti di accertamento del dolore che si rivelano utili per valutare l'andamento del dolore, l'efficacia del piano di trattamento, il bisogno di interventi^{[6][10]}. Tali strumenti per essere efficaci devono essere facilmente comprensibili e utilizzabili. Per evitare confusione, le scale di valutazione dovrebbero usare una serie da 0 a 10, indicando con 0 l'assenza di dolore e con 10 il dolore massimo percepito dal paziente.

Una prima importante distinzione da fare tra le scale di valutazione del dolore riguarda la loro uni o multidimensionalità. Le scale unidimensionali (VAS, NRS, VRS, FPS) indagano un unico aspetto, l'intensità del dolore. Conoscere l'intensità del dolore consente di avere un valore di base comparabile alle valutazioni successive, permette di monitorare l'andamento dei sintomi, guida il professionista nella scelta di una tecnica. Le scale multidimensionali (PAIND, MPQ, BPI) analizzano molte dimensioni in modo

globale per comprendere la complessità del sintomo (sensoriale/discriminativa, motivazionale/affettiva, cognitivo/valutativa). Per la loro complessità ne è limitato l'uso nella pratica clinica. La scelta di uno strumento piuttosto che dell'altro dipende dallo scopo clinico, dal tempo di compilazione, dalla capacità di espressione, dall'età, dalle funzioni visive e motorie.

La scala VAS (Visual Analogue Scale)^[11] si presenta come una linea di 10 cm, supportata ai due lati da descrittori verbali: di solito “nessun dolore” e “il peggior dolore immaginabile”; al paziente viene chiesto di indicare un punto sulla linea corrispondente all'intensità del proprio dolore così come viene percepito in quel momento. L'utilizzo di una scala decimale rende questo strumento molto sensibile permettendo una misurazione del dolore che va da 0 a 100. La VAS necessita tuttavia di un supporto cartaceo e non può essere utilizzata con pazienti che hanno disturbi visivi, difficoltà motorie e deficit cognitivi.

La scala NRS (Numeric Rating Scale)^[11] è una retta in cui sono segnati numeri da 0 a 10. È di facile comprensione e utile nel monitoraggio longitudinale dell'intensità del dolore. Può essere efficace per una valutazione immediata del dolore ma allo stesso tempo riduce la globalità del sintomo.

La scala VRS (Verbal Rating Scale)^[11] include una serie di termini che descrivono il dolore dal più debole al più intenso e risulta più adatta per anziani con problemi cognitivi. Il dolore qui viene descritto partendo da sinistra verso destra come nessuno, molto lieve, moderato, forte, molto forte.

La WBFPRS (Wong-Baker FacesPain Rating Scale)^[12] presenta sei facce con varie espressioni che spaziano da felice a forte disagio e la persona deve indicare quella che rappresenta meglio quello che sente. La WBFPRS è usata prevalentemente nei bambini mentre l'adulto si riconosce meno nelle espressioni. La Scala di Bieri è stata invece sperimentata negli adulti con disturbi cognitivi o stranieri. Il limite di queste due scale è quello di misurare più lo stato d'animo che il dolore.

La scala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Demenzia) ideata nel 2003^[13] viene utilizzata nei malati con deterioramento cognitivo severo per i quali non è

utilizzabile la scala numerica^[14]. La PAINAD promuove la misurazione indiretta dell'intensità del dolore anche nei casi in cui il paziente non sia in grado di riferirlo verbalmente; consiste nell'osservare i comportamenti del paziente, provvedendo a un'analisi quantitativa del discomfort osservato nel suo linguaggio del corpo. I 5 parametri fondamentali sono: respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo e consolazione. Per ogni item viene attribuito un punteggio che va da 0 a 2, in ordine crescente di discomfort osservato. Infine, si esegue la somma dei valori ottenuti da ogni item andando a formare un punteggio compreso da 0 a 10, così suddiviso: 0 – assenza di dolore; da 1 a 3 dolore lieve; da 4 a 6 dolore moderato; da 7 a 10 dolore severo^[15].

La scala MPQ (McGillPainQuestionnaire)^[16] consiste nella suddivisione di 102 aggettivi in tre classi: descrittori di qualità sensoriali, descrittori di qualità affettive e descrittori valutati dall'intensità del dolore presente. Tale questionario viene utilizzato per una valutazione iniziale e periodica del dolore in quanto è troppo lungo e richiede troppo tempo.

La scala BPI (Brief Pain Inventory)^[17] permette una valutazione globale del dolore e può essere compilato dal paziente stesso. Si basa su scale da 0 a 10 che valutano l'intensità e l'interferenza del dolore nelle attività abituali. Permette di valutare l'intensità del dolore attuale e delle ultime 24 ore, la percentuale di sollievo ottenuta dopo il trattamento e gli effetti del dolore sulle attività di vita quotidiana.

1.6 Il ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore

Gli infermieri si impegnano a riconoscere il dolore e la sofferenza come esperienza soggettiva, considerandola “tutto quello che una persona che lo prova dice che sia, esistendo ogni qualvolta si affermi che esista”^[9] (Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019; art.18: 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 del paziente).

La gestione del dolore acuto, in base alla classificazione NIC degli interventi infermieristici^[8], consiste nell'eliminare o ridurre il dolore a livello accettabile per la persona assistita nel periodo immediatamente successivo alla guarigione di un danno tissutale dovuto ad una causa identificabile come un trauma, un intervento chirurgico o una lesione.

La gestione del dolore cronico, in base alla classificazione NIC degli interventi infermieristici^[8], consiste nell'eliminare o ridurre a un livello accettabile per la persona assistita il dolore persistente e continuo che va oltre il periodo normale di guarigione, convenzionalmente fissato in tre mesi.

Le attività che l'infermiere deve mettere in pratica (tassonomia NIC: gestione del dolore acuto "1410" e gestione del dolore cronico "1415") hanno l'obiettivo di aiutare ad alleviare il dolore attraverso interventi non farmacologici e farmacologici. La gestione del dolore consiste in azioni infermieristiche indipendenti o d'èquipe. Nello specifico, le misure non invasive possono essere effettuate dall'infermiere in maniera indipendente, la somministrazione di farmaci analgesici invece richiede la prescrizione del medico.

Gli infermieri devono usare il proprio giudizio clinico al fine di migliorare la salute del paziente, potenziare la loro capacità di far fronte a problemi di salute e promuovere la qualità della loro vita. La selezione di un intervento infermieristico è una componente del giudizio clinico dell'infermiere.

Il dolore è un'esperienza con tante sfaccettature che coinvolgono corpo, mente e spirito del paziente. Dopo aver effettuato un preciso accertamento del dolore si prosegue ad identificare gli obiettivi per gestirlo. L'infermiere deve basarsi su due elementi chiave per ottenere un'efficace gestione del dolore: una positiva relazione infermiere-assistito e l'educazione. La prima è basata sulla fiducia in quanto dare al paziente la consapevolezza di conoscere il suo dolore allevia l'ansia. D'altra parte, anche l'educazione svolge una funzione essenziale perché aiuta il paziente, e i familiari, a gestire il dolore e prevenire e gestire gli effetti collaterali.

Un ruolo particolarmente significativo è svolto dall'ansia la quale può influenzare la risposta della persona al dolore^[18]. Una persona che ha ansia per il dolore può essere meno tollerante ad esso, di conseguenza, si avrà un aumento del livello dell'ansia e del dolore. Per interrompere tale ciclo è opportuno utilizzare le misure di controllo del dolore quando questo è ai primi livelli. Per questo risulta importante informare di ciò la persona, in quanto molti pensano di utilizzare provvedimenti per il dolore soltanto quando questo è ai massimi livelli, sbagliando, perché rende più problematico l'effetto dei farmaci.

1.7 La gestione farmacologica del dolore

Chi soffre di un dolore acuto o cronico, o chi sta affrontando una malattia degenerativa e a rapida evoluzione, ha diritto a un percorso di cura adatto a combattere il dolore inutile (terapia del dolore) o a preservare al meglio la qualità della vita fino al suo termine (cure palliative)^[19].

La terapia del dolore è dedicata a chi è affetto da:

- dolore acuto legato all'intervento chirurgico, al trauma, alla patologia infettiva intercorrente;
- dolore cronico, un dolore duraturo che accompagna malattie ad andamento cronico (reumatiche, ossee, oncologiche, metaboliche, ecc.). È un dolore difficile da curare: richiede un approccio globale e frequentemente interventi terapeutici multidisciplinari, gestiti con elevato livello di competenza e specializzazione;
- dolore da procedura che 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.

La valutazione del dolore deve cercare di identificare: la tipologia (dolore nocicettivo, neuropatico, psicogeno); le caratteristiche temporali (acuto, cronico, episodico intenso); l'intensità (lieve, moderata, grave). La scelta del farmaco analgesico deve tenere conto del tipo di dolore e delle sue caratteristiche, nonché dell'intensità del

sintomo, con la prescrizione di farmaci di intensità progressivamente maggiore con il crescere dell'intensità del dolore. La scelta di un farmaco analgesico non può essere fatta in modo empirico. L'utilizzo delle scale analgesiche anche solo unidimensionali è un passo fondamentale e irrinunciabile per definire la strategia terapeutica in ogni singolo paziente^[20].

La gestione farmacologica del dolore viene effettuata attraverso una stretta collaborazione fra medico e infermiere. La terapia farmacologica comprende l'uso di oppioidi, non oppioidi/FANS e farmaci co-analgesici. Una buona base di partenza per la scelta di un farmaco analgesico è l'utilizzo della scala analgesica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che stratifica in tre gradini i farmaci analgesici sulla base della loro potenza antidolorifica^[21]. Tale approccio, nato per il dolore oncologico, può essere utilizzata nel dolore cronico non neoplastico e nel dolore acuto, ovviamente deve essere opportunamente modificata.

L'approccio a tre gradini afferma che per i pazienti con dolore lieve (1-3 su scala da 0-10) possono essere utilizzati farmaci non oppioidi/FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei, quali ibuprofene e aspirina). Il dolore moderato (4-6) invece può essere trattato con un oppioide debole come ad esempio la codeina, tramadolo, pentazocina o con una combinazione di farmaci oppioidi e non oppioidi. In caso di dolore moderato persistente oppure dolore severo (7-10) vengono somministrati oppioidi forti (morfina, idromorfone, fentanile).

I farmaci co-analgesici, in passato conosciuti come adiuvanti, non sono classificati come antidolorifici ma hanno proprietà che possono alleviare il dolore in modo autonomo o in associazione con altri analgesici. Possono ridurre i disturbi, potenziare gli effetti degli antidolorifici o ridurre gli effetti collaterali. Fanno parte di questa categoria gli antidepressivi, gli anticonvulsivi e gli anestetici locali. Anche ansiolitici, sedativi e antispastici sono considerato coadiuvanti. Questi farmaci stanno assumendo una notevole importanza per alleviare il dolore, soprattutto quello persistente che non può essere alleviato solo dai farmaci analgesici.

1.8 Riferimenti normativi

Il dolore è stato definito come il 5° segno vitale dall'*American Pain Society*^[22] e la sua valutazione di routine è enfatizzata da linee guida internazionali ed è obbligatoria in Italia.

La Legge N. 38 del 15/03/2010 – Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19/03/2010 “*Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*”^[23] recita:

- *Articolo 1, comma 1:* “la presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore”.
- *Articolo 2, comma 1, lettera b:* “la terapia del dolore è l’insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore”.
- *Articolo 5, comma 2:* “... sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l’età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali”.
- *Articolo 7, comma 1:* “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”.
- *Articolo 10:* (Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore).

1.9 Il dolore in Radiologia Interventistica

Nei pazienti che accedono alla R.I. il dolore è uno dei principali sintomi, sia per l'elevata frequenza, sia per il suo impatto legato alla modalità di esecuzione della procedura (anestesia locale) e sia per la condizione emozionale. La valutazione infermieristica deve essere rivolta alle tre fasi dell'intervento: pre-operatoria, intra-operatoria e post-operatoria.

La R.I. per la complessità delle procedure eseguite e per l'alterazione delle funzioni organiche o funzionali dei pazienti trattati necessita, spesso, di analgesia. Molte procedure sono eseguite utilizzando l'anestesia locale, altre necessitano la presenza del medico anestesista. La maggior parte delle procedure effettuate non consentono al paziente autonomia motoria e piena vigilanza entro le tre ore successive all'intervento; normalmente necessitano di non meno di 24h di assistenza continua post-intervento^[24].

La capacità di trattamento mini invasivo, il risparmio dell'integrità fisica del paziente, il minor costo sociale per il ridotto numero di giornate di degenza e l'importante ruolo svolto nelle emergenze/urgenze, hanno favorito il diffondersi delle pratiche di radiologia interventistica ponendo tali tecniche a livello competitivo con la chirurgia tradizionale, sia nella diagnosi che nella terapia di molteplici processi patologici ed in molti casi le procedure interventistiche rappresentano la prima scelta se non l'unica scelta possibile. La mini invasività fa sì che tali procedure possano essere svolte tramite l'utilizzo dell'anestesia locale che spesso si dimostra non sufficiente in quanto copre la sintomatologia dolorosa legata all'accesso percutaneo ma non può nulla contro il dolore dovuto alle comorbilità del paziente e al disagio legato all'immobilità da mantenere durante tutta la procedura.

CAPITOLO II – OBIETTIVO

Tale progetto vuole mettere in luce il dolore peri-operatorio in R.I., che attraverso una valutazione ottimale con scale standardizzate, attui un processo di gestione clinico assistenziale che non permetta di far scaturire la sindrome del dolore post-chirurgico cronico oltre a permette la buona riuscita della procedura interventistica grazie ad una maggiore compliance del paziente.

Il monitoraggio infermieristico del dolore, nei pazienti sottoposti a procedure interventistiche, è stato attuato attraverso l'introduzione di strumenti atti alla sua valutazione (allegati 1, 2 e 3). Ogni professionista ha svolto un'attività di recupero individuale per potenziare determinate abilità o per acquisire specifiche competenze.

Sono state attivate strategie di apprendimento di tipo comportamentale per facilitare ed ottimizzare il processo tramite corsi di insegnamento delle metodologie valutative idonee:

- studio dei casi
- tutoraggio
- apprendimento cooperativo
- dibattito

Inoltre, è stato implementato un audit clinico^{[25][26]} multidisciplinare e multiprofessionale che ha permesso di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di processo successiva alla introduzione delle schede di valutazione del dolore.

Con la conduzione dell'audit clinico sulla gestione del dolore in R.I. si è verificata l'adeguatezza e la conformità della rilevazione e del monitoraggio del sintomo dolore e sono state individuate aree di miglioramento, uniformando la pratica nel rispetto della normativa di legge^[23], delle linee guida^[27], della Procedura Aziendale^[10] e del Codice Deontologico infermieristico^[9].

Va detto che il monitoraggio del sintomo dolore non veniva correttamente documentato in R.I., tale consapevolezza ci ha spinto ad avviare questo processo che ha visto nella sperimentazione il mezzo per introdurre lo strumento e nell'audit clinico la possibilità di perfezionare le capacità di monitoraggio, di valutazione e di correzione del dolore.

CAPITOLO III - MATERIALI E METODI

Lo studio condotto è stato di tipo osservazionale descrittivo prospettico; è stato svolto presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, nel Dipartimento di Scienze Radiologiche presso la SOD di Radiologia Interventistica.

La popolazione dello studio sono state le schede del dolore dei pazienti trattati in R.I. (allegato n.4); sono stati previsti dei criteri di inclusione e di esclusione, la numerosità dello studio, uno strumento per la raccolta dei dati (allegato 5 e 6) ed un test pilota.

Il progetto ha abbracciato l'arco temporale di 2 anni e ha previsto in primis la scelta degli strumenti atti al monitoraggio del dolore e la pianificazione del progetto di applicazione dello stesso e dei criteri di valutazione. Successivamente è stato implementato un monitoraggio pilota che ha permesso il perfezionamento dello strumento e l'avvio della sperimentazione.

Da una analisi critica delle modalità operative presenti in R.I. eseguita, prima dell'avvio dello studio, dalla coordinatrice infermieristica (Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio Dipartimento Scienze Radiologiche), dal direttore della SOD di R.I. insieme ai c.p.s.i. della suddetta SOD rispetto ai contenuti della Legge 38/2010^[23], delle linee guida^[27], della Procedura Aziendale^[10] e del Codice Deontologico infermieristico^[9] aveva fatto emergere che il dolore, pur essendo un parametro certamente valutato in occasione della routine clinica, secondo la propria attitudine semiologica e clinica, non veniva però documentato in quanto non erano presenti strumenti idonei a tale registrazione. Spesso veniva segnalato dall'operatore in maniera estemporanea. La suddetta SOD aveva aderito alla proposta di partecipare ad un audit clinico multidisciplinare e multiprofessionale per valutare quanto la pratica corrente rispondeva al protocollo aziendale in merito alla tracciabilità della registrazione sistematica del dolore.

Propedeutico all'audit clinico è stato progettato, organizzato e svolto nel mese di maggio 2022 presso la SOD di R.I. l'attività formativa dal titolo: "Scheda di valutazione del dolore intraprocedurale in Radiologia Interventistica" (codice ECM: 2762-22158)

(allegato 7) che ha permesso di accrescere le competenze teoriche sul dolore (eziologia, percezione, tolleranza, rilevazione, gestione, normativa e codice deontologico, linee guida e procedure aziendali), di elaborare una scheda di rilevazione del dolore (allegato 1) ed il Protocollo “Gestione del dolore – scheda rilevazione dolore - Radiologia Interventistica” (allegato 8), di redigere le regole di somministrazione (allegato 2 e 3) di tale strumento sia per gli operatori sanitari che per il paziente.

Sono state attivate strategie di apprendimento di tipo comportamentale per facilitare ed ottimizzare il processo di recupero individuale di ogni professionista al fine di potenziare determinate abilità e per acquisire specifiche competenze. A tal fine si è deciso di individuare, fra i partecipanti al suddetto corso, tre infermieri che hanno svolto la funzione di “facilitatori” del processo di introduzione degli strumenti di rilevazione del dolore in R.I..

Durante l’incontro svoltosi il 13 settembre 2022, con i c.p.s.i. della R.I., l’Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica ha illustrato la necessità del cambiamento ed i vantaggi del miglioramento. È stato dato un feedback sulla pratica attuale (assenza della scheda di rilevazione del dolore) rispetto al miglioramento auspicabile (introduzione dello strumento idoneo alla rilevazione del dolore). Sono state fornite, a tutto il personale, la documentazione inerente alle fonti normative riguardanti la valutazione, gestione e monitoraggio del sintomo dolore, le scale di valutazione e il protocollo aziendale.

Per quanto concerne l’audit clinico è stato fondamentale che la raccolta dati sia stata condotta utilizzando un approccio strutturato: a questo proposito, è stata creata una scheda di progettazione audit che ci ha consentito di avere una mappa ben precisa di ciò che si voleva analizzare e delle modalità di analisi. L’audit progettato è stato di tipo osservazionale descrittivo prospettico multiprofessionale e multidisciplinare.

Sono stati individuati 6 criteri (parametri di riferimento rispetto ai quali confrontare la pratica clinica corrente), per ognuno di essi sono stati designati gli indicatori e i relativi standard (o soglia di accettabilità espressa in percentuale che rappresentano il limite perché la qualità della performance sia giudicata accettabile) e la provenienza dei dati.

La scheda di progettazione riporta il razionale del progetto, gli obiettivi, il personale coinvolto e il ruolo assunto nell'audit, la popolazione arruolata, la numerosità prevista, i criteri di inclusione ed esclusione, il timing e le modalità previste per la rilevazione, l'elaborazione e la restituzione dei dati, la definizione delle eventuali azioni correttive.

3.1 Scheda di progettazione audit clinico

Azienda: Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

Dipartimento: Scienze Radiologiche

Unità Operativa: SOD di Radiologia Interventistica

Nome di chi ha redatto il progetto: Paolo Veccia

1.1 Tema dell'audit:

Monitoraggio infermieristico del dolore in Radiologia Interventistica: Intraoperative pain assessment, pain scale and clinical audit

1.2 È un tema professionale?

Si

No

1.3 Motivazione e rilevanza dell'audit:

- ✓ Alti volumi: frequenza dell'attività
- ✓ Alta variabilità: eterogeneità
- ✓ Alta complessità: prestazioni ad elevato livello clinico-assistenziale e organizzativo
- ✓ Interesse e importanza per i professionisti: opportunità di sviluppo professionale
- ✓ Rilevanza per i pazienti: efficacia e sicurezza delle cure

1.4 Obiettivi dell'audit:

1 – Uniformare la pratica nel rispetto della normativa di legge, delle linee guida, della Procedura aziendale e del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche

2 – Verificare se la rilevazione e il monitoraggio del dolore attraverso l'utilizzo della scala di valutazione NRS/PAINAD (ALLEGATO 1) sono adeguati, con particolare riferimento a:

- a) applicazione della scala NRS/PAINAD all'ingresso del paziente ;
- b) appropriatezza e sistematicità della registrazione del dolore nel corso della procedura quale V° segno vitale, dall'ingresso fino al momento della dimissione;
- c) appropriatezza e sistematicità della registrazione del dolore di entità media o severa (NRS>4)

1.5 Committente / "sponsor" dell'audit:

SOD di R.I.

1.6 Valutato:

Infermieri della SOD di R.I.

1.7 Composizione del gruppo di audit:

P=pianificazione audit, D=raccolta dati, V=valutazione/analisi dei dati, A=Azioni correttive/di miglioramento

Veccia Paolo **P D V**

Direttore SOD di R.I. **V A**

Incarico di Organizzazione di Dipartimento Scienze Radiologiche **V A**

Incarico di Organizzazione di SOD di R.I. **P V A**

Dirigente Medico R.I. **V**

Direttore SOS della Medicina del dolore **V**

Infermiere 1 **D V**

Infermiere 2 **D V**

Infermiere 3 **D V**

Tsrm (Tecnico sanitario di radiologia medica) **V**

3.2 Criteri, indicatori, standard e fonti dei dati

CRITERIO 1	Formulazione del criterio:	All'interno della scheda (cartella) clinica, nelle sezioni medica e /o infermieristica, deve essere riportata la rilevazione del dolore all'ingresso del paziente in R.I., con scala di valutazione NRS/PAINAD
	Tipologia di criterio:	Processo
	Fonte del criterio:	<p>Linee Guida di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Management of chronic pain (SIGN136): Trattamento del dolore cronico. SIGN, 2013/2019 Linea guida (SNLG del Ministero della Salute), Ottobre 2003 ○ Ministero della Salute, Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist, Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria, Ottobre 2009; 9, 35 <p>Normativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Legge 15 marzo 2010, n. 38 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. (10G0056) (G.U. Serie Generale n. 65 del 19 marzo 2010) ○ Accordo tra il Ministro della Sanità, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza Dolore", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 29 giugno 2001, n. 149. <p>Documenti Interni</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedura Ospedali Riuniti di Ancona; Area Professioni Sanitarie; P.O. Qualità – Risk Management 2012; SOS Risk Management; documentazione aziendale APS, 17/01/2018

Indicatore:	Numeratore:	N° schede del dolore dei pazienti a cui è stato rilevato il dolore con NRS/PAINAD all'ingresso in reparto con rilevazione documentata in scheda (cartella) clinica
	Denominatore:	N° schede (cartelle) auditate
	Eccezioni:	Pazienti che non comprendono la lingua italiana, se il mediatore linguistico non è immediatamente disponibile (1A), paziente in stato comatoso o non cosciente(1B), pazienti sottoposti a procedure ambulatoriali o in post-ricovero (1C), pazienti con età inferiore ad 8 anni (1D).
Standard:		90%
	Lo standard proviene da:	Normativa di riferimento
Raccolta dati:	Dati del numeratore provengono da:	Scheda (cartella) clinica
	Dati del denominatore provengono da:	Scheda (cartella) clinica e sistema informatico (Exprivia)

CRITERIO 2	Formulazione del criterio:	Nei pazienti cognitivamente compromessi (test di Pfeiffer > 7^{[28][29]} [ALLEGATO 3]) la rilevazione del dolore all'ingresso è effettuata con scala di tipo osservazionale PAINAD
	Tipologia del criterio:	Processo
	Fonte del criterio:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Quaderni del consiglio regionale delle Marche. Anno XXV – n.312 Luglio 2020; 23-4 ○ Pfeiffer E.; A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. “Journal of the American geriatrics Society”, Oct.1975, vol.23, n.10, 433-441^[29]
Indicatore:	Numeratore:	N° pazienti cognitivamente compromessi (test di Pfeiffer > 7) con rilevazione del dolore all'ingresso documentata in scheda (cartella) clinica con scala PAINAD
	Denominatore:	N° pazienti cognitivamente compromessi (test di Pfeiffer > 7)
	Eccezioni:	Paziente in stato comatoso o non cosciente (1B), pazienti sottoposti a procedure ambulatoriali o in post-ricovero (1C), pazienti con età inferiore ad 8 anni (1D).
Standard:		90%
	Lo standard proviene da:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Normativa di riferimento ○ Pfeiffer E.; A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. “Journal of the American geriatrics Society”, Oct.1975, vol.23, n.10, 433-441
Raccolta dati:	Dati del numeratore provengono da:	Scheda (cartella) clinica
	Dati del denominatore provengono da:	Scheda (cartella) clinica

CRITERIO 3	Formulazione del criterio:	Il dolore, come quinto segno vitale, viene monitorato e documentato con scala nella scheda (cartella) clinica, nelle tre fasi dell'intervento (pre, intra e post-operatoria)
	Tipologia del criterio:	Processo
	Fonte del criterio:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedura Ospedali Riuniti di Ancona; Area Professioni Sanitarie; P.O. Qualità – Risk Management 2012; SOS Risk Management; documentazione aziendale APS, 17/01/2018 ○ Riunione di consenso
Indicatore:	Numeratore:	N° schede del dolore dei pazienti con rilevazione nelle tre fasi operatorie
	Denominatore:	N° schede (cartelle) auditate
	Eccezioni:	Nessuna
Standard:		90%
	Lo standard proviene da:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Normativa di riferimento ○ Procedura Ospedali Riuniti di Ancona; Area Professioni Sanitarie; P.O. Qualità – Risk Management 2012; SOS Risk Management; documentazione aziendale APS, 17/01/2018
Raccolta dati:	Dati del numeratore provengono da:	Scheda (cartella) clinica
	Dati del denominatore provengono da:	Scheda (cartella) clinica e sistema informatico (Exprivia)

CRITERIO 4	Formulazione del criterio:	In caso di rilevazione con punteggio scala NRS/ PAINAD ≥ 4 l'intervento antalgico è richiesto e documentato
	Tipologia del criterio:	Processo
	Fonte del criterio:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedura Ospedali Riuniti di Ancona; Area Professioni Sanitarie; P.O. Qualità – Risk Management 2012; SOS Risk Management; documentazione aziendale APS, 17/01/2018 ○ Normativa di riferimento
Indicatore:	Numeratore:	Numero rilevazioni con punteggio scala NRS/PAINAD ≥ 4 per le quali è richiesto/documentato l'intervento antalgico
	Denominatore:	N° rilevazioni con punteggio ≥ 4
	Eccezioni:	Rifiuto documentato di intervento antalgico, ad es.: “il paziente rifiuta...” (1 E)
Standard:		85%
	Lo standard proviene da:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedura Ospedali Riuniti di Ancona; Area Professioni Sanitarie; P.O. Qualità – Risk Management 2012; SOS Risk Management; documentazione aziendale APS, 17/01/2018
Raccolta dati:	Dati del numeratore provengono da:	Scheda (cartella) clinica
	Dati del denominatore provengono da:	Scheda (cartella) clinica

CRITERIO 5	Formulazione del criterio:	La rivalutazione del dolore, entro 30 minuti dalla prima rilevazione con punteggio scala NRS/ PAINAD ≥ 4 è documentata con scala NRS/PAINAD nella scheda (cartella) infermieristica/medica
	Tipologia del criterio:	Processo
	Fonte del criterio:	Gestione del dolore al triage: La valutazione e il trattamento del dolore al triage. Dipartimento di emergenza e accettazione, SOD Pronto Soccorso. PSIO1.REV01/05/2018: 10
Indicatore:	Numeratore:	N° rivalutazioni documentate con scala NRS/PAINAD entro 30 minuti dall'intervento antalgico estemporaneo
	Denominatore:	N° interventi antalgici (farmacologici/non farmacologici)
	Eccezioni:	Paziente dimesso (1 F)
Standard:		80%
	Lo standard proviene da:	Gestione del dolore al triage: La valutazione e il trattamento del dolore al triage. Dipartimento di emergenza e accettazione, SOD Pronto Soccorso. PSIO1.REV 01/05/2018: 10
Raccolta dati:	Dati del numeratore provengono da:	Scheda (cartella) clinica
	Dati del denominatore provengono da:	Scheda (cartella) clinica

CRITERIO 6	Formulazione del criterio:	In caso di persistenza (successive rilevazioni ≥ 4 dopo prima valutazione con scala post intervento antalgico) dopo intervento antalgico, il dolore viene rilevato con scala NRS/PAINAD ogni 30 minuti fino a nuovo intervento o riduzione del sintomo
	Tipologia del criterio:	Processo
	Fonte del criterio:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gestione del dolore al triage: La valutazione e il trattamento del dolore al triage. Dipartimento di emergenza e accettazione, SOD Pronto Soccorso. PSIO1.REV 01/05/2018: 10 ○ Procedura Ospedali Riuniti di Ancona; Area Professioni Sanitarie; P.O. Qualità – Risk Management 2012; SOS Risk Management; documentazione aziendale APS, 17/01/2018 ○ Normativa di riferimento
Indicatore:	Numeratore:	N° successive rilevazioni dolore ≥ 4 con rivalutazione documentata con NRS/PAINAD ogni 30 minuti fino a nuovo intervento/riduzione del sintomo
	Denominatore:	N° successive rilevazioni dolore ≥ 4
	Eccezioni:	Paziente dimesso (1 F), Rifiuto documentato di intervento antalgico, ad es.: “il paziente rifiuta...” (1E)
Standard:		80%
	Lo standard proviene da:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedura Ospedali Riuniti di Ancona; Area Professioni Sanitarie; P.O. Qualità – Risk Management 2012; SOS Risk Management; documentazione aziendale APS, 17/01/2018
Raccolta dati:	Dati del numeratore provengono da:	Scheda (cartella) clinica
	Dati del denominatore provengono da:	Scheda (cartella) clinica

3.3 Popolazione dello studio

Le schede di rilevazione del dolore dei pazienti afferenti alla SOD di Radiologia Interventistica, Dipartimento Scienze Radiologiche, Azienda Ospedaliero Universitario delle Marche:

Criteri d'inclusione:

Sono stati inclusi nello studio tutte le schede dei pazienti adulti e dei pazienti minorenni (compresi fra 8 anni e 18 anni^[30]) afferenti alla SOD di R.I. sottoposti a procedure interventistiche ricoverati presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche o altra Azienda Ospedaliera della Regione Marche (AST) :

- Tutte le procedure vascolari
- Tutte le procedure addominali

Criteri di esclusione:

Sono stati esclusi dallo studio tutte le schede dei pazienti afferenti alla SOD di R.I. sottoposti a:

- procedure interventistiche in regime ambulatoriale o di post-ricovero,
- pazienti che non comprendono la lingua italiana (se il mediatore linguistico non è immediatamente disponibile),
- pazienti in stato comatoso o non coscienti
- pazienti con età inferiore ad 8 anni.

Numerosità prevista:

Non meno di 300 schede del dolore: 150 procedure vascolari e 150 procedure addominali.

Numerosità effettiva:

n.761 schede del dolore somministrate su n.980 somministrabili; schede del dolore ammesse allo studio (sottratte le eccezioni) n.524 (di cui n.300 procedure vascolari e n.224 procedure addominali) più n.182 schede non somministrate per un totale di n.706 schede del dolore ammesse allo studio.

Raccolta dati di tipo prospettico:

Periodo di osservazione: a partire dal 01/12/2022 fino al 02/04/2023.

Strumenti

- Scheda rilevazione dolore NRS/Painad (allegato 1)
- Istruzioni somministrazione schede rilevazione dolore NRS/Painad (allegato 2)
- Test di Pfeiffer (allegato 3)
- Richiesta autorizzazione raccolta dati (allegato 4)
- Istruzioni per la raccolta dati (allegato 5)
- Foglio raccolta dati (allegato 6)
- Attività formativa: codice ECM: 2762-22158 (allegato 7)
- Protocollo “Gestione del dolore – scheda rilevazione dolore – Radiologia Interventistica” (allegato 8)

Test pilota

Il test pilota è stato eseguito dal 10 ottobre 2022 al 25 ottobre 2022 su 37 schede del dolore (20 procedure vascolari e 17 procedure addominali) dal redattore del progetto coadiuvato dalla coordinatrice infermieristica e dagli infermieri della SOD di R.I., al fine di ottimizzare i moduli di raccolta dei dati e la scheda di rilevazione del dolore, apportando dove necessario le dovute modifiche ed integrazioni, con un conseguente miglioramento dei risultati finali.

Sperimentazione

A partire dal 01/12/2022 fino al 02/04/2023 è stata eseguita la sperimentazione della scheda del dolore prodotta dall’attività formativa Gruppo di miglioramento: “Scheda di valutazione del dolore intra procedurale in Radiologia Interventistica” (codice ECM: 2762-22158 – allegato 7) svolta a maggio 2022 presso il Dipartimento di Scienze Radiologiche – SOD Radiologia Interventistica dell’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche.

Analisi e restituzione dei dati

I dati del test pilota e della sperimentazione sono stati riassunti tramite il foglio di raccolta dati Excel e presentati con statistica descrittiva (frequenza e percentuale).

Azioni correttive

Coordinatrice Infermieristica, Responsabile di Area.

Stakeholders coinvolti

Coordinatrice Infermieristica, Responsabili di Area, Direttore SOD di R.I., Direttore SOS Medicina del Dolore.

Piano di lavoro

- Da febbraio 2022 ad aprile 2022 è stato progettato e programmato l'audit clinico e la relativa sperimentazione della scheda del dolore;
- A maggio 2022 è stato tenuto un'attività formativa dal titolo: "Scheda di valutazione del dolore intraprocedurale in Radiologia Interventistica" (codice ECM: 2762-22158) presso il Dipartimento di Scienze Radiologiche - Radiologia Interventistica degli Ospedali Riuniti di Ancona, durante il quale è stato condiviso il progetto con i colleghi e sono stati individuati tre infermieri "facilitatori";
- Ad agosto 2022 è stata inviata alla Dirigente Professioni Sanitarie Area Infermieristica ed Ostetrica dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona e al Direttore ff Direzione Medica Ospedaliera dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona richiesta di autorizzazione di raccolta dati al fine di eseguire uno studio osservazionale descrittivo retrospettivo sulle schede della rilevazione del dolore dei pazienti afferenti alla SOD Radiologia Interventistica;
- Il 13 settembre 2022 si è tenuta una riunione con i c.p.s.i. della R.I.;
- A ottobre 2022 è stato eseguito il test pilota della sperimentazione:
 - o Riunione iniziale del gruppo di audit si è tenuta il 3 ottobre 2022,
 - o Il test pilota si è svolto dal 10 ottobre al 25 ottobre 2022,
 - o Riunione con i Tsrn della R.I. il 4 novembre 2022,
 - o Dati raccolti ed analizzati dal 1 novembre al 20 novembre 2022,
 - o Seconda incontro gruppo audit: dati presentati al gruppo il 25 novembre 2022,
 - o Piano di miglioramento definito, realizzato e presentato all'equipe della R.I il 28 novembre 2022;
- Avvio sperimentazione dal 1 dicembre 2022;

- Il 10 gennaio 2023 si è svolto il terzo incontro del gruppo di audit;
- Termine sperimentazione il 02 aprile 2023;
- Analisi dei dati raccolti dal 03/04/2023 al 15/04/2023;
- Il 21 aprile 2023 quarto incontro del gruppo di audit per la discussione, l'analisi dei risultati e la discussioni di azioni migliorative;
- Il 26/04/2023 riunione con l'equipe della R.I. per presentare i risultati ed analisi della sperimentazione;
- Migliorie al protocollo dipartimentale ed integrazione della scheda della dolore nella scheda multidisciplinare in uso in R.I.

Fondamentale, per la buona riuscita del processo, che la pianificazione delle azioni di miglioramento sia stata condotta utilizzando un approccio strutturato. A questo proposito si è voluto rappresentare graficamente un calendario di attività, utile a coordinare e tracciare le varie fasi dando una chiara illustrazione dello stato d'avanzamento del progetto rappresentato e delle figure responsabili di ogni attività. La medesima rappresentazione è stata effettuata con il "Diagramma di Gantt" e con la "Tabella responsabilità".

Diagramma di Gantt



Tabella responsabilità

ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'
Preparazione e progettazione sperimentazione	Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio
Attività formativa con infermieri	Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio
Richiesta raccolta dati DMO e DPS	Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio e
Riunione cpsi della R.I. e retrainig intera equipe	Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio
Fornitura doc. valutazione dolore all'équipe	Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio
Individuazione cpsi facilitatori	Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio
Riunioni gruppo audit	Incarico di Organizzazione di Dipartimento
Test pilota (30 schede val. dolore)	Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio
Raccolta analisi e miglioramento	Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio
Piano miglioramento: comunicazione	Direttore SOD di R.I., Incarico di Organizzazione di Dipartimento, Incarico di
Sperimentazione scheda dolore	Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio
Migliorie al protocollo dipartimentale ed	Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio

Necessità di supporto esterno

- per la ricerca bibliografica **NO**
- per il reperimento delle schede (cartelle) cliniche **SI**
- per il dimensionamento del campione **NO**
- per gli eventuali test statistici **NO**
- collaborazione di altri reparti, servizi o dipartimenti **NO**

Copia del presente progetto va inviata a:

- Direttore dell'attività formativa del Dipartimento di Scienze Radiologiche
- Dirigente Professioni Sanitarie Area Infermieristica ed Ostetrica

3.4 Conduzione del test pilota

Il processo di raccolta dei dati deve essere sempre sottoposto a test pilota prima di procedere con l'implementazione della sperimentazione e dell'audit clinico: spesso ciò consente di ottimizzare i moduli di raccolta dei dati, con un conseguente miglioramento dei risultati finali.

Per quanto attiene alla numerosità, sono state reclutate il 10% del campione predefinito^[31]. Questa fase risulta particolarmente utile in caso di consultazione di documentazione clinica, sia per verificare che le informazioni necessarie siano effettivamente reperibili dalla documentazione consultata, sia per valutare il tempo necessario per l'effettuazione della singola rilevazione, in modo da poter programmare in modo efficace la raccolta dati, definendo opportunamente il tempo dedicato.

Il test pilota è stato condotto per:

- testare la fattibilità della sperimentazione e dell'audit clinico
- testare l'affidabilità dei dati raccolti
- fare una stima del tempo necessario per la raccolta dei dati.

Nonostante la restituzione dei dati non rientri nella metodologia descritta, i dati del test pilota (misure o indicatori) sono stati comunque riassunti con statistica descrittiva (frequenza e percentuali) e presentati al team dell'audit clinico, inclusi la quantità di tempo necessaria per raccogliere i dati, i problemi riscontrati e le raccomandazioni per aumentare l'affidabilità. La bassa numerosità dei casi ha consentito solo di formulare ipotesi sui risultati e sullo svolgimento del restante processo dell'audit.

CAPITOLO IV – RISULTATI

4.1 Risultati test pilota

Il test pilota è finalizzato sostanzialmente a verificare la fattibilità dell’audit e la correttezza/completezza della scheda di rilevazione e della modalità di data entry e per valutare la possibilità di poter rilevare gli indicatori.

È focalizzato sul processo dell’audit e non sugli esiti e non consente, perciò, di trarre conclusioni ma solo di ipotizzare quello che sarà il risultato del campione totale che si andrà ad analizzare più avanti.

Di seguito, si fornisce la rappresentazione percentuale del soddisfacimento dei criteri durante la fase del test pilota (*Misurazione della coerenza item-by-item e Misurazione della coerenza “all-or-none”*)^[32]:

	PROCEDURE VASCOLARI	PROCEDURE ADDOMINALI	TOTALE
Criterio 1	60% (100%)*	48,57% (100%)*	55,22% (100%)*
Criterio 2	Non applicabile	100%	100%
Criterio 3	59,37% (95%)*	45,71% (94,12%)*	55,22% (94,59)*
Criterio 4	60%	66%	61,50%
Criterio 5	100%	100%	100%
Criterio 6	100%	100%	100%

()*: valore non considerando le 30 schede non somministrate

Su 37 schede (20 procedure vascolari e 17 procedure addominali) 30 hanno rispettato tutti i criteri, la coerenza “all or none” è del 81%. Considerando anche le schede non somministrate la coerenza “all or none” risulta essere del 44,78%.

Dalla conduzione del test pilota si può affermare che la scheda di rilevazione del dolore, la scheda di rilevazione dati e il foglio di istruzioni raccolta dati sono strumenti idonei, che non necessitano di modifiche o integrazioni salvo aggiungere nel foglio di raccolta dati la tipologia di procedura eseguita.

Relativamente ai primi risultati ottenuti in questa fase, è possibile presupporre che il bisogno di verificare adeguatezza e conformità della rilevazione e del monitoraggio del dolore, dei professionisti della R.I., è un bisogno fondato. Il quinto parametro vitale è un sintomo rilevato ma sicuramente sotto documentato.

Sono state riscontrate problematiche significative nell'implementazione della scheda del dolore e del test di Pfeiffer, in quanto non c'è stato un alto grado di riproducibilità nel loro utilizzo da parte del personale infermieristico.

Durante il test pilota sono state raccolte 37 schede del dolore (20 procedure vascolari e 17 procedure addominali) ma lo strumento non è stato somministrato a tutti i pazienti arruolabili. Le schede del dolore non somministrate durante il test pilota sono in totale 30 (12 procedure vascolari e 18 procedure addominali). Dall'analisi delle schede del dolore si è evidenziato che 2 unità infermieristiche non hanno somministrato nessuna scheda del dolore, 1 unità ne ha somministrata 1 e le restanti 6 unità ne hanno compilate fra 5 e 9 a testa.

Il gruppo di audit ha ritenuto opportuno produrre delle istruzioni operative, che sono state fornite al personale infermieristico e ai tsm della R.I. (Piano di miglioramento definito, realizzato e presentato all'equipe della R.I il 28 novembre 2022) prima dell'inizio della sperimentazione, al fine di tarare lo strumento sul giusto target e di evitare di sottostimare l'utilità dello stesso.

Per quel che concerne la tempistica della raccolta dati, il "time table", che indica le tempistiche di accesso e di analisi dei dati si è deciso, per organizzare e razionalizzare le attività di rilevazione ad isorisorse, di processarli con una cadenza settimanale.

4.2 Risultati audit clinico

Attraverso la revisione della letteratura si è potuto notare come il dolore del paziente nel setting operatorio rimane un problema di difficile valutazione. Nella pratica clinica è fondamentale considerare alcuni aspetti tra cui: la condizione clinica del paziente, lo stato cognitivo e la competenza dell'infermiere che si prende carico del paziente.

Trattandosi della prima esperienza formale di audit clinico nel setting coinvolto, sono stati identificati solo criteri di processo e nessun criterio di esito.

I risultati di processo attesi si riferiscono al comportamento degli operatori e sono: il volume delle prestazioni, tempestività della risposta alla domanda di prestazione, appropriatezza clinico assistenziale ed organizzativa, formazione del personale^[33] in merito alla corretta somministrazione e compilazione della scheda di rilevazione del dolore. Tale valutazione sarà basata sui risultati dei 6 criteri di processo dell'audit.

La sperimentazione della scheda del dolore è stata condotta dal 1 dicembre 2022 al 2 aprile 2023 e la numerosità prevista era di 300 schede del dolore (150 procedure addominale e 150 procedure vascolari).

Innanzitutto, va specificato che nel periodo di riferimento della sperimentazione dovevano essere somministrate n.980 schede del dolore; ne sono state somministrate n.761 (n.524 rientrano nei criteri predefiniti di selezione e n.237 non rientrano nei criteri predefiniti di selezione in quanto eccezioni) e n.219 non sono state somministrate (n.182 rientrano nei criteri predefiniti di selezione e n.37 non rientrano nei criteri predefiniti di selezione in quanto eccezioni): le schede del dolore, somministrate e non, che rientrano nella sperimentazione sono n.706.

Di seguito la tabella n.1 mostra le schede somministrate e le relative eccezioni; la tabella n.2 mostra le procedure a cui non è stata somministrata la scheda del dolore da includere nella sperimentazione.

Tabella n.1

	SCHEDE SOMMINISTRATE	ECCEZIONI						SCHEDE INCLUSE NELLA SPERIMENTAZIONE
		1A	1B	1C	1D	1E	1F	
VASCOLARI	323	3	20	/	0	0	32*	300
ADDOMINALI	438	3	12	199	0	0	18*	224
TOTALI	761	6	32	199	0	0	50*	524

- ✓ 1A: paziente che non comprende la lingua italiana (mediatore linguistico non disponibile)
- ✓ 1B: paziente in stato comatoso o non cosciente
- ✓ 1C: pazienti sottoposti a procedure ambulatoriali o in post ricovero
- ✓ 1D: paziente con età inferiore a 8 anni
- ✓ 1E: rifiuto intervento antalgico
- ✓ 1F: paziente dimesso con dolore ≥ 4 (* sono incluse nella sperimentazione – 9,54%)

Tabella n.2

	SCHEDE NON SOMMINISTRATEE			SCHEDE DA INCLUDERE NELLA SPERIMENTAZIONE	SCHEDE INCLUSE NELLA SPERIMENTAZIONE	TOTALE SCHEDE SPERIMENTAZIONE
	ESTERNI	CESSIONI	INTERNI	INTERNI+CESSIONI		
VASCOLARI	/	1	56	(1+56)=57	300	357
ADDOMINALE	37*	10	115	(10+115)	224	249
TOTALE	37*	11	171	182	524	706

*: eccezione 1C

Seguendo le raccomandazioni metodologiche della Dixon^[32], per calcolare la coerenza delle misure, sono stati utilizzati due metodi:

1. Misurazione della coerenza item-by-item (misura per misura): la performance per ogni misura dell'audit clinico viene riportata separatamente come una percentuale. Il numeratore è il numero totale dei casi per cui il criterio di qualità

(o una eccezione) era presente e il denominatore è il numero totale di casi a cui una misura è stata applicata.

CRITERIO 1 (INDICATORE 1): STANDARD ATTESO: 90%

	VASCOLARE	ADDOMINALE	TOTALE
TOTALE SCHEDE DOLORE	357	349	706
SCHEDE CHE SODDISFANO IL CRITERIO	292	212	504
SCHEDE CHE NON SODDISFANO IL CRITERIO	8	12	20
SCHEDE NON SOMMINISTRATE	57	125	182
SODDISFACIMENTO CRITERIO %	81,79% (97,33%)*	60,74% (96,64%)*	71,38% (96,18%)*

*: non considerando le schede non somministrate

2 (INDICATORE 2): STANDARD ATTESO: 90%

	VASCOLARE	ADDOMINALE	TOTALE
TOTALE SCHEDE DOLORE TEST DI PFEIFFER >7	9	7	16
SCHEDE CHE SODDISFANO IL CRITERIO	4	4	8
SCHEDE CHE NON SODDISFANO IL CRITERIO	5	3	8
SCHEDE TEST DI PFEIFFER ≤7	4	2	6
SODDISFACIMENTO CRITERIO %	44,44%	57,14%	50%

Somministrati n.22 test di Pfeiffer su n.524 schede totali, corrisponde ad una tasso di applicazione del 4,2%

CRITERIO 3 (INDICATORE 3): STANDARD ATTESO: 90%

	VASCOLARE	ADDOMINALE	TOTALE
TOTALE SCHEDE DOLORE	357	349	706
SCHEDE CHE SODDISFANO IL CRITERIO	270	198	468
SCHEDE CHE NON SODDISFANO IL CRITERIO	30	26	56
<i>SCHEDE NON SOMMINISTRATE</i>	57	125	182
SODDISFACIMENTO CRITERIO %	75,63%% (90%)*	56,73% (88,39%)*	66,29% (89,31%)*

*: non considerando le schede non somministrate

CRITERIO 4 (INDICATORE 4): STANDARD ATTESO: 85%

	VASCOLARE	ADDOMINALE	TOTALE
TOTALE SCHEDE CON DOLORE ≥ 4	106	69	175
SCHEDE CHE SODDISFANO IL CRITERIO	65	32	97
SCHEDE CHE NON SODDISFANO IL CRITERIO	41	37	78
SODDISFACIMENTO CRITERIO %	61,32%	46,38%	55,43

CRITERIO 5 (INDICATORE 5): STANDARD ATTESO: 85%

	VASCOLARE	ADDOMINALE	TOTALE
TOTALE SCHEDE DA RIVALUTARE ENTRO 30 MINUTI	106	69	175
SCHEDE CHE SODDISFANO IL CRITERIO	67	61	128
SCHEDE CHE NON SODDISFANO IL CRITERIO	39	8	47
SODDISFACIMENTO CRITERIO %	63,21%	88,41%	73,14%

CRITERIO 6 (INDICATORE 6): STANDARD ATTESO: 80%

	VASCOLARI	ADDOMINALI	TOTALE
TOTALE SCHEDE DOLORE \geq4 CON INTERVENTO ANTALGICO	65	32	97
SCHEDE CHE SODDISFANO IL CRITERIO	52 (di cui 19 ecc. 1F)	29 (di cui 3 ecc. 1F)	81 (di cui 22 ecc. 1F)
SCHEDE CHE NON SODDISFANO IL CRITERIO	13	3	16
SODDISFACIMENTO CRITERIO %	80%	90,62%	83,50%

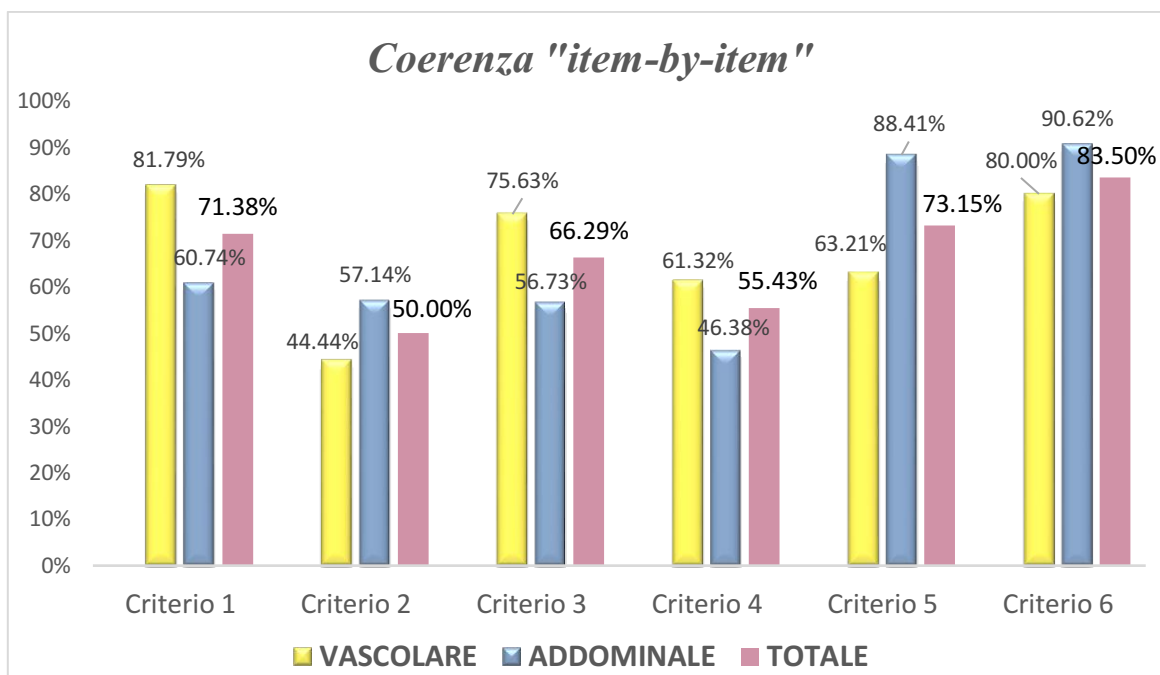


Grafico n.1: Misurazione della coerenza "item-by-item"

Il grafico n.1 mostra in modo sintetico i risultati della coerenza "item-by-item" dei 6 criteri di processo definiti nel percorso di audit clinico.

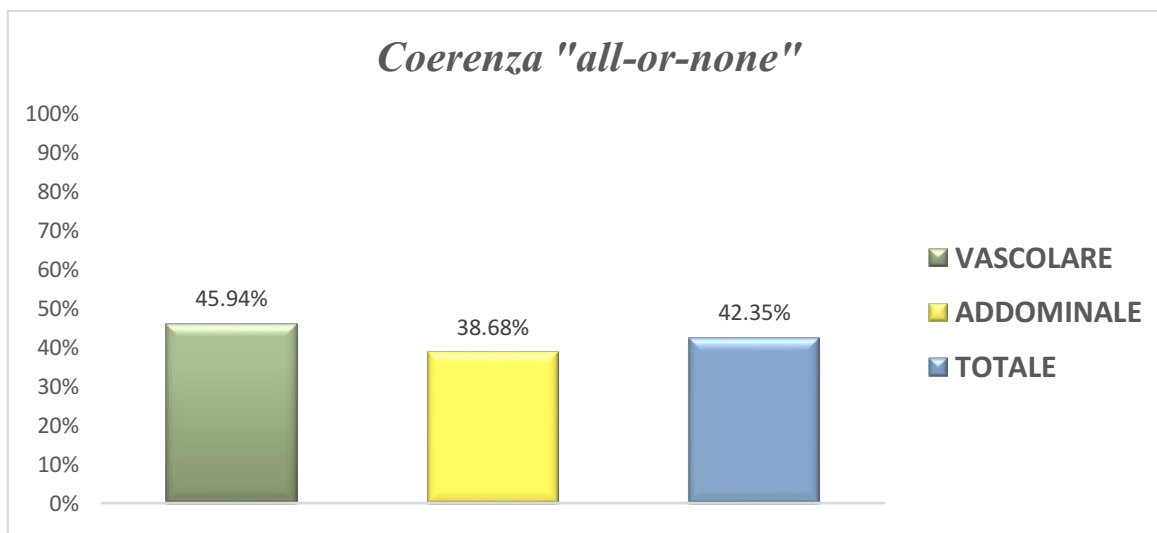
2. Misurazione della coerenza "all-or-none" (tutte o nessuna): la performance su tutte le misure viene riportata a livello di caso singolo. La percentuale viene determinata applicando la regola del "all-or-none" a livello del singolo paziente. Il numeratore è il numero dei casi per cui tutta l'assistenza cui i pazienti avevano diritto è stata effettivamente erogata e il denominatore è il numero di casi appropriati a ricevere l'assistenza specificata per almeno uno dei criteri. Dal momento che non viene concesso nessun beneficio parziale, l'approccio "all-or-none" è una misura migliore dell'affidabilità totale dell'assistenza al paziente.

La tabella n.3 mostra la coerenza "all-or-non" considerando solo le schede somministrate, ma la vera misurazione della coerenza "all-or-non" deve necessariamente considerare anche le schede non somministrate, mostrata dal grafico n.2.

Tabella n.3

CRITERI/SCHEDA	VASCOLARI	ADDOMINALI	TOTALI
SOMM.TE	300	224	524
CRITERIO 1	-8	-12	-20
CRITERIO 2	-5	-3	-8
CRITERIO 3	-30	-26	-56
CRITERIO 4	-41	-37	-78
CRITERIO 5	-39	-8	-47
CRITERIO 6	-13	-3	-16
TOTALE	-136	-89	-225
SCHEDA CHE SODDISFANO TUTTI I CRITERI	164	135	299
COERENZA "ALL OR NONE"	54,67%	60,27%	57,06%

Grafico 2: Misurazione della coerenza "all-or-none"



Va fatto notare che il primo mese di sperimentazione aveva visto la coerenza "all-or-none" attestarsi al 33,33%, confrontando questo valore con la coerenza "all-or-none" riferita a tutta la sperimentazione si può notare un incremento di nove punti percentuali.

Inoltre, va specificato che i 6 criteri, e i corrispettivi 6 indicatori, non erano applicabili in tutti i pazienti. Infatti, mentre il criterio 1 ed il criterio 3 erano applicabili in tutti i pazienti, il criterio 2 era applicabile solo nei pazienti cognitivamente compromessi ovvero con score Pfeiffer >7 e i criteri 4, 5 e 6 erano applicabili solo nei pazienti che, durante il ricovero avevano presentato un dolore di entità medio-grave (NRS \geq 4).

Di seguito, per una maggiore chiarezza espositiva, si riassumono i criteri dell'audit

CRITERIO 1	<i>All'interno della scheda (cartella) clinica, nelle sezioni medica e /o infermieristica, deve essere riportata la rilevazione del dolore all'ingresso del paziente in R.I., con scala di valutazione NRS/PAINAD</i>
CRITERIO 2	<i>Nei pazienti cognitivamente compromessi (test di Pfeiffer >7) la rilevazione del dolore all'ingresso è effettuata con scala di tipo osservazionale PAINAD</i>
CRITERIO 3	<i>Il dolore, come quinto segno vitale, viene monitorato e documentato con scala nella scheda (cartella) clinica, nelle tre fasi dell'intervento (pre, intra e post-operatoria)</i>
CRITERIO 4	<i>In caso di rilevazione con punteggio scala NRS/ PAINAD \geq4 l'intervento antalgico è richiesto e documentato</i>
CRITERIO 5	<i>La rivalutazione del dolore, entro 30 minuti dalla prima rilevazione con punteggio scala NRS/ PAINAD \geq4 è documentata con scala NRS/PAINAD nella scheda (cartella) infermieristica/medica</i>
CRITERIO 6	<i>In caso di persistenza (successive rilevazioni \geq4 dopo prima valutazione con scala post intervento antalgico) dopo intervento antalgico, il dolore viene rilevato con scala NRS/PAINAD ogni 30 minuti fino a nuovo intervento o riduzione del sintomo</i>

Infine, sono riportate di seguito delle tabelle che riassumono come il dolore si è presentato in determinate procedure, che tipo di intervento antalgico è stato eseguito (farmacologico o non farmacologico) e la sua efficacia e come il dolore è presente alla dimissione dei pazienti. Tale valutazione è stata decisa dal gruppo di audit clinico durante la prima riunione allo scopo di comprendere l'entità e come il

dolore si presenta nella pratica clinica in specifiche procedure e la tipologia degli interventi erogati, al fine di una maggiore contestualizzazione dello studio.

Sono state prese in esame sei procedure interventistiche, tre sul versante vascolare e tre sul versante addominale; nello specifico sono:

➤ Procedure vascolari:

- TIPS (Shunt portosistemico intraepatico transgiugulare) (tabella n.4)
- Chemoembolizzazione (tabella n.5)
- Trattamento arti inferiori (tabella n.6)

➤ Procedure addominali:

- Drenaggio addominale (tabella n.7)
- Nefrostomia (tabella n.8)
- PTC (drenaggio biliare percutaneo) (tabella n.9)

Procedure vascolari:

NUMERO PROCEDURE TIPS	14
PROCEDURE CON DOLORE ≥ 4	5 (di cui 4§)
PROCEDURE CON DOLORE < 4	8 (di cui 7§)
PROCEDURE CON ECCEZIONI	1
PROCEDURE CON RILEVAZIONI INCOMPLETE	/
PROCEDURE NON SOMM.TA SCHEDA	0

INTERVENTI FARMACOLOGICI E/O NON	12 (92,31%)[ⓧ]
INTERVENTI FARMACOLOGICI	12 (di cui 11§)
INTERVENTI NON FARMACOLOGICI	0
INTERVENTI EFFICACI	9 (75%)
INTERVENTI EFFICACI FARMACOLOGICI	9 (di cui 8§)
INTERVENTI EFFICACI NON FARMACOLOGICI	0
NESSUN INTERVENTO FARMAC. O NON FARMAC.	0
DOLORE ALLA DIMISSIONE ≥ 4	3 (di cui 3§) (23,08%)[ⓧ]

Tabella n.4

[ⓧ] : rispetto al totale procedure

§: assistenza anestesiologicala

NUMERO PROCEDURE CHEMIOEMBOLIZZAZIONE	26
PROCEDURE CON DOLORE ≥ 4	6 (di cui 3§)
PROCEDURE CON DOLORE < 4	16 (di cui 3§)
PROCEDURE CON ECCEZIONI	1
PROCEDURE CON RILEVAZIONI INCOMPLETE	4
PROCEDURE NON SOMM.TA SCHEDA	3

INTERVENTI FARMACOLOGICI E/O NON	8 (32%) [✕]
INTERVENTI FARMACOLOGICI	8 (di cui 6§)
INTERVENTI NON FARMACOLOGICI	0
INTERVENTI EFFICACI	3 (37,5%)
INTERVENTI EFFICACI FARMACOLOGICI	3 (di cui 2§)
INTERVENTI EFFICACI NON FARMACOLOGICI	0
NESSUN INTERVENTO FARMAC. O NON FARMAC.	1 (16,66%)
DOLORE ALLA DIMISSIONE ≥ 4	4 (di cui 1§) (16%) [✕]

Tabella n.5

[✕] : rispetto al totale procedure

§: assistenza anestesiológica

NUMERO PROCEDURE TRATTAMENTO ARTI INF.	192
PROCEDURE CON DOLORE ≥ 4	69 (di cui 8§)
PROCEDURE CON DOLORE < 4	82 (di cui 8§)
PROCEDURE CON ECCEZIONI	4
PROCEDURE CON RILEVAZIONI INCOMPLETE	14
PROCEDURE NON SOMM.TA SCHEDA	37

INTERVENTI FARMACOLOGICI E/O NON DOLORE ≥ 4	44 (63,77%)*
INTERVENTI FARMACOLOGICI	25 (di cui 8§)
INTERVENTI NON FARMACOLOGICI	19
INTERVENTI EFFICACI	36 (81,81%)
INTERVENTI EFFICACI FARMACOLOGICI	20 (di cui 8§)
INTERVENTI EFFICACI NON FARMACOLOGICI	16
INTERVENTI FARMACOLOGICI E/O NON DOLORE < 4	14 (17,07%)
INTERVENTI FARMACOLOGICI	10 (di cui 8§)
INTERVENTI NON FARMACOLOGICI	4
NESSUN INTERVENTO FARMAC. O NON FARMAC.	25 (36,23%)*
DOLORE ALLA DIMISSIONE ≥ 4	15 (21,73%)* (7,88%)^Σ

Tabella n.6 §: assistenza anestesiológica Σ: rispetto al totale procedure *: rispetto alle procedure con dolore ≥ 4

Procedure addominali:

NUMERO PROCEDURE DRENAGGIO ADDOMINALE	118
PROCEDURE CON DOLORE ≥ 4	19
PROCEDURE CON DOLORE < 4	36 (di cui 1§)
PROCEDURE CON ECCEZIONI	8
PROCEDURE CON RILEVAZIONI INCOMPLETE	7
PROCEDURE NON SOMM.TA SCHEDA	48

INTERVENTI FARMACOLOGICI E/O NON ≥ 4	4 (21,05%)*
INTERVENTI FARMACOLOGICI	2
INTERVENTI NON FARMACOLOGICI	2
INTERVENTI EFFICACI	3 (75%)
INTERVENTI EFFICACI FARMACOLOGICI	1
INTERVENTI EFFICACI NON FARMACOLOGICI	2
INTERVENTI FARMACOLOGICI E/O NON DOLORE < 4	4 (11,11%)
INTERVENTI FARMACOLOGICI	2 (di cui 1§)
INTERVENTI NON FARMACOLOGICI	2
NESSUN INTERVENTO FARMAC. O NON FARMAC.	15 (78,95%)*
DOLORE ALLA DIMISSIONE ≥ 4	8 (42,11%)* (7,27%)^X

Tabella n.7 §: assistenza anestesiológica X: rispetto al totale procedure *: rispetto alle procedure con dolore ≥ 4

NUMERO PROCEDURE NEFROSTOMIA	44
PROCEDURE CON DOLORE ≥ 4	9
PROCEDURE CON DOLORE < 4	13 (di cui 2§)
PROCEDURE CON ECCEZIONI	2
PROCEDURE CON RILEVAZIONI INCOMPLETE	6
PROCEDURE NON SOMM.TA SCHEDA	14

INTERVENTI FARMACOLOGICI E/O NON ≥ 4	5 (55,55%)*
INTERVENTI FARMACOLOGICI	1
INTERVENTI NON FARMACOLOGICI	4
INTERVENTI EFFICACI	4 (80%)
INTERVENTI EFFICACI FARMACOLOGICI	1
INTERVENTI EFFICACI NON FARMACOLOGICI	3
INTERVENTI FARMACOLOGICI E/O NON DOLORE < 4	3 (23,08%)
INTERVENTI FARMACOLOGICI	3 (di cui 2§)
INTERVENTI NON FARMACOLOGICI	/
NESSUN INTERVENTO FARMAC. O NON FARMAC.	4 (44,44%)*
DOLORE ALLA DIMISSIONE ≥ 4	3 (33,33)* (7,14%)^x

Tabella n.8 §: assistenza anestesiológica ^x: rispetto al totale procedure *: rispetto alle procedure con dolore ≥ 4

NUMERO PROCEDURE PTC	19
PROCEDURE CON DOLORE ≥ 4	8
PROCEDURE CON DOLORE < 4	6 (di cui 3§)
PROCEDURE CON ECCEZIONI	1
PROCEDURE CON RILEVAZIONI INCOMPLETE	1
PROCEDURE NON SOMM.TA SCHEDA	3

INTERVENTI FARMACOLOGICI E/O NON DOLORE ≥ 4	5 (62,5%)*
INTERVENTI FARMACOLOGICI	4
INTERVENTI NON FARMACOLOGICI	1
INTERVENTI EFFICACI	4 (80%)
INTERVENTI EFFICACI FARMACOLOGICI	3
INTERVENTI EFFICACI NON FARMACOLOGICI	1
INTERVENTI FARMACOLOGICI E/O NON DOLORE < 4	4 (66,66%)
INTERVENTI FARMACOLOGICI	4 (di cui 3§)
INTERVENTI NON FARMACOLOGICI	0
NESSUN INTERVENTO FARMAC. O NON FARMAC.	3 (37,5%)*
DOLORE ALLA DIMISSIONE ≥ 4	3 (37,5%)* (18,75%)[ⓧ]

Tabella n.9 §: assistenza anestesiológica ⓧ : rispetto al totale procedure *: rispetto alle procedure con dolore ≥ 4

Nelle tabelle sopra riportate gli interventi antalgici sono riferiti alla presenza di dolore ≥ 4 o di dolore < 4 ; per quanto riguarda le procedure TIPS e chemioembolizzazione gli interventi antalgici sono riferiti a tutte le procedure eseguite, a prescindere dallo score del dolore, in quanto per questa tipologia di procedure la presenza di supporto anestesiológico è normalmente richiesta e necessaria. Tutti gli interventi eseguiti in presenza di dolore < 4 sono da ritenersi sempre efficaci sulla base dei limiti decisi in audit.

Dai dati delle tabelle risulta che sono stati dimessi pazienti con dolore ≥ 4 in una percentuale che va dal 7,14% (nefrostomie) al 23,08% (TIPS) rispetto al totale delle schede del dolore (somministrate e non somministrate) e che tale evenienza si è verificata anche in presenza di assistenza anestesiológica (in n.4 schede su 36 pazienti dimessi con dolore ≥ 4 che corrisponde al 11,11%). Considerando solo le schede somministrate che hanno presentato dolore ≥ 4 la percentuale dei pazienti dimessi con dolore ≥ 4 va da 16% (chemioembolizzazione) al 42,11% (drenaggio addominale).

Gli interventi non farmacologici risultati efficaci sono stati 21 su 26 (80,77%) e gli interventi farmacologici efficaci sono stati 37 su 52 (71,15%).

Inoltre, nelle sei procedure analizzate, il dolore ≥ 4 si è presentato nel 39,86% (in n.116 schede su n.291 schede somministrate); considerando anche le schede non somministrate (n.105) nel 29,29% dei casi. In n.15 casi (12,93) era presente la figura dell'anestesista.

Sono stati erogati n.35 (21,74%) interventi antalgici (n.29 farmacologici e n.6 non farmacologici) su n.161 schede con dolore < 4 di cui n.24 interventi sono stati di tipo anestesiológico.

Infine, su un totale di n.39 interventi anestesiológicos erogati in presenza di dolore ≥ 4 o < 4 gli interventi anestesiológicos non efficaci sono stati n.4 (10,26%).

4.3 Problemi emersi durante la sperimentazione

Va detto, in primis, che i dati sono stati processati solo da un revisore al fine di uniformare e standardizzare i metodi di raccolta e di analisi. Potrebbero essere presenti possibili bias di informazione (errori sistematici di raccolta, analisi e interpretazione dei dati).

Durante la sperimentazione la sala angiografica n.1 è stata ristrutturata, questo ha comportato lo spostamento di parte dell'attività presso la sala angiografica n.3 della SOS di Emodinamica. La sperimentazione della scheda del dolore potrebbe averne risentito.

Sulla base delle schede somministrate (n.761) la media che ogni unità infermieristica doveva somministrare era di n.76, questo comporta:

- unità 1 meno n. 14 schede (76-62)
- unità 3 meno n. 76 schede (76-0)
- unità 6 meno n. 19 schede (76-57 assente per un mese)
- unità 7 non va considerata in quanto ha un ruolo di tipo organizzativo
- unità 9 meno n. 40 schede (76-36)

Considerando anche le schede non somministrate (n. 219) la media reale di schede del dolore da somministrare sale a n.98. La tabella n.10 mostra lo scostamento dalla media di ogni unità.

Il gruppo di audit clinico ha considerato fisiologico uno scostamento di 15-20 schede del dolore compilate in quanto le procedure vascolari hanno una tempistica di esecuzione spesso tripla rispetto alle procedure addominali; per cui il range ± 20 rispetto alla media rientra nella normalità.

L'unità infermieristica 1 (vedi tabella n.10) ha partecipato alla sperimentazione in modo attivo, ha compilato le schede del dolore in modo

completo e adeguato, ma avendone compilate n.62 (rispetto alla media n.36 in meno) la sua adesione alla sperimentazione non è stata sempre ottimale.

L'unità infermieristica 3 (vedi tabella n.10) non ha partecipato alla sperimentazione, ha somministrato zero schede; inoltre tutte le schede del dolore delle procedure a cavallo dei turni infermieristici, che la vedevano coinvolta, sono non complete.

L'Unità infermieristica 9 (vedi tabella n.10) ha partecipato in modo discontinuo alla sperimentazione e molte delle schede del dolore da lei compilate risultano essere incomplete, in oltre, le schede delle procedure a cavallo dei turni infermieristici, che la vedevano coinvolta, sono spesso non complete.

Tutte le altre unità hanno somministrato un numero di schede del dolore in linea con la media e le hanno compilate in modo adeguato.

Tabella n.10

UNITA' INFERMIERISTICHE	NUMERO SCHEDE SOMMINISTRATE
UNITA' 1	62-98= -36
UNITA' 2	101-98= 3
UNITA' 3	0-98= -98
UNITA' 4	108-98= 10
UNITA' 5	81-98= -17
UNITA' 6 ^α	57-98= -41
UNITA' 7*	1
UNITA' 8	121-98= 23
UNITA' 9	36-98= -62
UNITA' 10	91-98= -7
UNITA' 11	103-98= 5
TOTALE SCHEDE SOMMINISTRATE	761
TOTALE SCHEDE SOMMINISTRABILI	761+219 (NON SOMMINISTRATE)=980

α= assente per un mese durante la sperimentazione

*= non va considerata in quanto ha un ruolo di tipo organizzativo

4.4 Problemi emersi durante l'audit clinico

Dai dati raccolti emergono alcune considerazioni:

CRITERIO 1

La rilevazione del dolore all'ingresso mediante scala NRS/PAINAD è risultata:

- applicata in maniera adeguata (procedure vascolari 97,33%, procedure addominali 94,64% e totale 96,18%) con il pieno raggiungimento dello standard (90%) se non considerassimo le schede non somministrate che rendono l'applicazione insoddisfacente (71,38%) evidenziando uno scostamento significativo rispetto allo standard;
- applicata, per le procedure vascolari, in maniera non adeguata (81,79%), con uno scostamento minimo rispetto allo standard;
- applicata, per le procedure addominali, in maniera non adeguata (60,74%), con uno scostamento marcato dallo standard.

CRITERIO 2

Nei pazienti cognitivamente compromessi (test di Pfeiffer >7) la rilevazione del dolore all'ingresso effettuata con scala di tipo osservazionale PAINAD è risultata (non è possibile valutare le schede non somministrate):

- applicata in maniera discontinua (procedure vascolari 44,44%, procedure addominali 57,14% e totale 50%), discostandosi in maniera non trascurabile dalla buona pratica (standard 90%);
- non applicata in n.8 procedure (test di Pfeiffer >7), in n.3 casi è stata applicata la scala NRS ed in n.5 casi non è stata applicata nessuna scala;
- applicata in n.8 pazienti su n.16 che presentavano test di Pfeiffer >7 (in tutto sono stati somministrati n.22 test di Pfeiffer su n.524 schede totali, corrisponde ad un tasso di applicazione del 4,2%).

CRITERIO 3

Il dolore, come quinto segno vitale, viene monitorato e documentato con scala nella scheda (cartella) clinica, nelle tre fasi dell'intervento (pre, intra e post-operatoria).

Precisando che la rilevazione dei parametri vitali non è uniforme per frequenza fra i vari operatori, inaspettatamente, l'indicatore n°3, che valuta il monitoraggio del dolore nelle tre fasi dell'intervento (pre, intra e post-operatoria) nella stessa misura della rilevazione degli altri parametri vitali è risultato essere:

- Applicato in maniera adeguata ed in linea con lo standard atteso (90%) con un soddisfacimento del criterio pari al 89,31% (proc. vascolari 90% e proc. addominali 88,39%) considerando solo le schede somministrate;
- Applicato in maniera non adeguata se si considerano le schede del dolore non somministrate che condizionano il non soddisfacimento del criterio che si attesta al 66,29% (procedure vascolari 75,63% e procedure addominali 56,73%).

CRITERIO 4

L'indicatore di richiesta e documentazione dell'intervento antalgico in caso di rilevazione del dolore con punteggio scala NRS/ PAINAD ≥ 4 è risultato (non è possibile valutare le schede non somministrate):

- non soddisfacente 55,43% (procedure vascolari 61,32% e procedure addominali 46,38%) rispetto allo standard atteso (85%);
- gli interventi farmacologici e non farmacologici totali sono stati n.97 di cui farmacologici n.65 e non farmacologici n.32 rispetto ad un dolore ≥ 4 documentato in n.175 schede.
- il sintomo dolore ≥ 4 è presente nel 33,4% delle schede somministrate e nel 44,57% non ha ricevuto nessun trattamento antalgico.

CRITERIO 5

Il criterio di rivalutazione del dolore, entro 30 minuti dalla prima rilevazione con punteggio ≥ 4 è documentata con scala NRS/PAINAD nella scheda (cartella) infermieristica/medica è risultato (non è possibile valutare le schede non somministrate):

- applicato in maniera adeguata (73,14%) con uno scostamento minimo dallo standard atteso (80%);
- applicato in maniera soddisfacente nelle procedure addominali attestandosi al 88,41% rispetto allo standard atteso (80%);
- applicato in maniera non soddisfacente nelle procedure vascolari, la rilevazione del dolore entro 30 minuti dalla prima rilevazione ≥ 4 si è attestata al 63,21% (standard atteso 80%).

CRITERIO 6

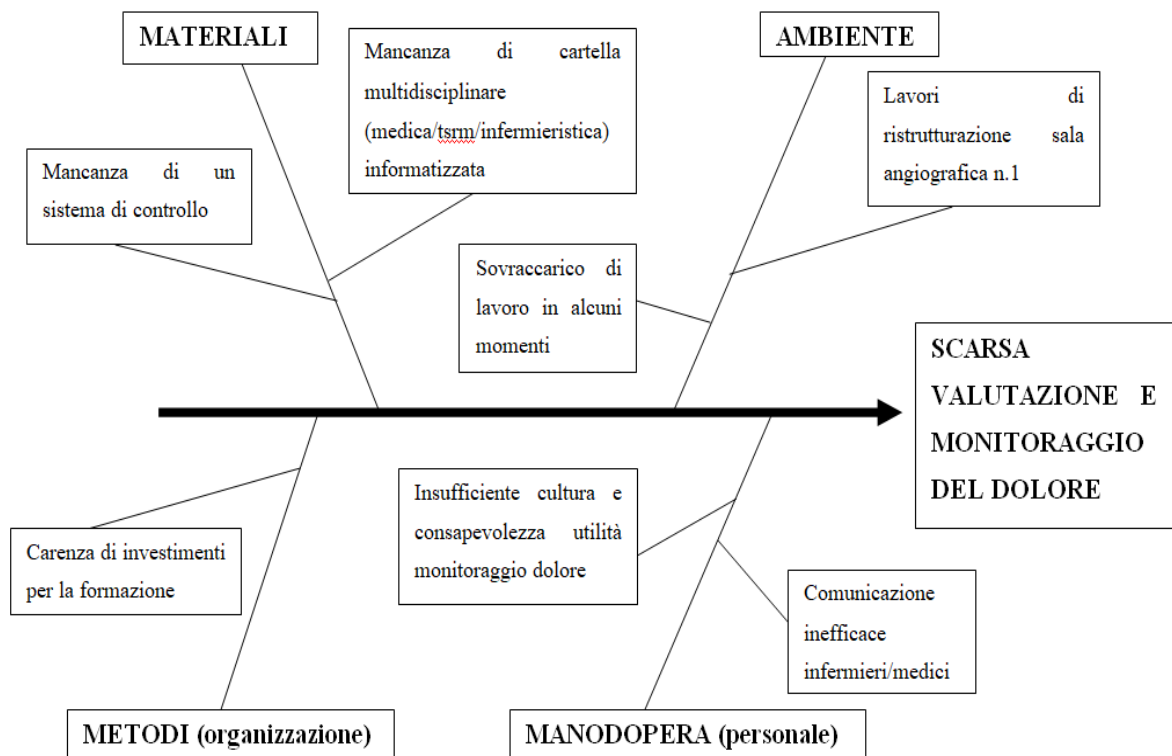
La rilevazione del dolore in caso di persistenza dopo intervento antalgico viene rilevato con scala NRS/PAINAD ogni 30 minuti fino a nuovo intervento o riduzione del sintomo, è risultata (non è possibile valutare le schede non somministrate):

- essere in linea con lo standard atteso di buona pratica del 80% attestandosi al 83,50%;
- applicata in maniera adeguata nelle procedure vascolari attestandosi al 80%;
- applicata in maniera adeguata nelle procedure addominali attestandosi al 90,62%, con un il pieno soddisfacimento del criterio (standard 80%).

CAPITOLO V – DISCUSSIONE

5.1 Ipotesi sulle cause

Per la creazione di idee volte all'identificazione delle cause che hanno dato origine ai vari problemi analizzati precedentemente, il gruppo audit, ha utilizzato il metodo del "Brainstorming". Il flusso spontaneo di idee generate è stato sistematizzato attraverso l'utilizzo del "Diagramma di Ishikawa", sotto riportato:



- Per quanto riguarda la scarsa applicazione della scala NRS/Painad all'ingresso del paziente, potrebbe trattarsi di un problema di insufficiente consapevolezza sull'utilità di questo tipo di monitoraggio. L'applicazione della scala NRS/Painad all'ingresso del paziente (criterio 1) è stata eseguita in maniera soddisfacente, non considerando le schede non somministrate, dalla maggior parte del personale infermieristico. Si ritiene opportuna una discussione con tutto il gruppo dei rilevatori, per capire meglio le cause di questo problema. Potrebbe anche essere utile un questionario da distribuire a tutti gli infermieri. Potrebbe trattarsi, anche, di un problema organizzativo

(organizzazione del lavoro infermieristico, sovraccarico di lavoro in alcuni periodi) o legato alla cartella infermieristica, che potrebbe richiedere modifiche per facilitare la sistematicità della registrazione del dato.

- Quanto al secondo problema emerso (scarso uso della scala Painad nei pazienti cognitivamente compromessi), anche in questo caso è indispensabile la discussione con il personale coinvolto. Potrebbe trattarsi, di un deficit di conoscenza e di consapevolezza del problema da parte degli infermieri che rilevano il sintomo o di scarsa conoscenza della modalità di utilizzo della scala.

- Per quanto riguarda il terzo problema riscontrato, scarso monitoraggio nelle tre fasi operatorie (pre, intra e post) si potrebbe pensare a problematiche organizzative (organizzazione del lavoro infermieristico, sovraccarico di lavoro in alcuni periodi) che ostacolano la sistematicità della registrazione del dato; ma se non considerassimo le schede non somministrate il criterio 3 sarebbe soddisfatto, per cui il non raggiungimento dello standard atteso non è attribuibile alle problematiche sopra dette, probabilmente è presente un deficit di conoscenza e di consapevolezza sull'importanza di rilevare il dolore.

- Il criterio 4 non è stato soddisfatto, la presenza di dolore con punteggio ≥ 4 non ha determinato la prescrizione di terapia farmacologica e l'utilizzo di terapia non farmacologica adeguata. Le motivazioni ipotizzate che hanno impedito il soddisfacimento dello standard sono:
 - ✓ il radiologo interventista non ha, normalmente, la possibilità di gestire contemporaneamente la procedura chirurgica e la terapia analgesica/sedativa;
 - ✓ da parte medica (radiologo interventista ed anestesista) potrebbe esserci, forse, una barriera di tipo "culturale" che frena un intervento farmacologico tempestivo, prima di avere a disposizione alcuni dati diagnostici (laboratorio, elettrocardiogramma ed imaging) ed anamnestici.

- ✓ l'infermiere che rileva il sintomo dovrebbe comunicarlo tempestivamente al medico e nel contempo adoperarsi al controllo e gestione del dolore con tecniche non farmacologiche.
- Il criterio 5 ha uno scostamento minimo dallo standard; questo scostamento è dovuto al versante vascolare che è ben lontano dal soddisfarlo. Probabilmente la durata delle procedure addominali, che è più breve di quelle vascolari, spesso fa ricadere le tre fasi operatorie nell'arco di un'ora e mezzo, cioè le fasi tendono a sovrapporsi e a soddisfare il criterio di rilevazione del dolore quando si presenta ≥ 4 . Probabilmente nelle procedure vascolari in alcuni momenti più complessi è difficile attenersi alle scadenze del monitoraggio dei parametri vitali oppure la standardizzazione di rilevamento degli stessi ogni 30 minuti non è uniforme nel gruppo infermieristico e questo causa la non soddisfazione del criterio.
- Il criterio 6 è stato pienamente soddisfatto. Sono presenti n.22 eccezioni 1F (paziente dimesso con dolore ≥ 4); questo è avvenuto anche in presenza di supporto anestesiológico alla procedura (barriere "culturali"). Potrebbe essere dovuto ad un difetto comunicativo fra infermieri e medici e ad una scarsa consapevolezza del problema e a problematiche culturali. Le eccezioni 1F sono complessivamente n.50, comprendono n.28 (56%) di pazienti che non hanno usufruito di terapia antalgica farmacologica e non farmacologica.

5.2 Azioni migliorative

Analizzati i dati ed individuate le cause dei vari problemi, in collaborazione con il Direttore della SOD di R.I. e con il Coordinatore Incarico di Organizzazione di Dipartimento, si è determinata la pianificazione di un incontro, tenutosi il 26 aprile 2023, con tutta l'equipe del comparto della R.I. per:

1. informarli sui risultati della sperimentazione;

2. ribadire che l'applicazione del test di Pfeiffer, in base alla competenza clinico assistenziale, è fondamentale al fine di applicare la giusta scala per monitorare, gestire e correggere il dolore;
3. comprendere le difficoltà riscontrate nell'applicazione della scala PAINAD;
4. specificare che gli interventi antalgici sono anche di tipo cognitivo comportamentale (educazione terapeutica) e non solo farmacologici;
5. cercare di comprendere le motivazioni dell'unità che non ha aderito alla sperimentazione e delle unità che hanno aderito in modo discontinuo;
6. esaminare eventuali difficoltà riscontrare.

Nel suddetto incontro con l'equipe della R.I., durante il quale è stata esaminata la necessità del cambiamento e i vantaggi del miglioramento, è stato dato un feedback sui modelli della pratica attuale rispetto al miglioramento auspicabile. Si è cercato di scoprire quali sono gli attuali atteggiamenti dei colleghi in merito al miglioramento e al cambiamento e quale è stata la loro esperienze al riguardo. Si è cercato di coinvolgerli nell'identificazione e nella valutazione dell'intensità delle forze che "trainano" e di quelle che "ostacolano" il cambiamento.

Successivamente a questo incontro, valutato il contesto, le competenze e le conoscenze degli attori responsabili dell'assistenza, si sta valutando un percorso di retraining, consistente in due incontri sul tema della valutazione e gestione del dolore. Il primo incontro si svolgerà come lezione frontale e il secondo attraverso gruppi di discussione. Sarà rifornita, a tutto il personale, la documentazione inerente alle fonti normative riguardanti la valutazione, gestione e monitoraggio del sintomo dolore, le scale di valutazione, il protocollo dipartimentale e il protocollo aziendale e discussi eventuali dubbi.

Supplementare alla formazione/retraining del personale infermieristico, ci sarà un impegno sul piano del miglioramento della comunicazione tra infermieri e medici e si proporrà al Direttore di SOD di effettuare un briefing a cadenza settimanale.

Potrebbe essere utile a distanza di due mesi dal termine del retraining di tutto il personale infermieristico, di monitorare il cambiamento attraverso un test pilota su n.30 schede del dolore, n.15 procedure vascolari e n.15 procedure addominali. A questo punto, valutata l'aderenza più o meno significativa ai sei criteri dell'audit clinico, si deciderà se effettuare un nuovo processo di audit o implementare altre strategie di miglioramento della pratica se lo scostamento con lo standard rimarrà rilevante.

In collaborazione, con il Direttore della SOD di R.I. e con il Coordinatore Incarico di Organizzazione di Dipartimento, non è stato ritenuto necessario apportare delle modifiche alla scheda del dolore in quanto è stata valutata idonea. Inoltre, si è deciso, di integrarla nella scheda multidisciplinare già in uso in R.I. al fine di avere maggiore facilità di accesso ai dati della documentazione sanitaria infermieristica anche da parte dei medici.

Inoltre, il gruppo di audit ha suggerito, per un eventuale secondo audit clinico sullo stesso argomento, di utilizzare dei criteri di esito e appropriatezza della prescrizione farmacologica e non farmacologiche rispetto allo score delle scale.

CAPITOLO VI – CONCLUSIONI

I risultati della sperimentazione sono indicativi di una adesione non sempre ottimale nel *monitoraggio*, nella *valutazione* e nella *gestione del dolore*, rispetto alle indicazioni della normativa di legge, delle linee guida, della Procedura aziendale, del Codice di Deontologia Medica e del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Si può affermare che è stato evidenziato un atteggiamento propositivo da parte dell'equipe della R.I., in particolare la componente medica e dei tsrm hanno aderito in maniera quasi sempre ottimale, invece la componente infermieristica ha visto alcune sue unità non aderire o aderire in modo discontinuo.

La sperimentazione ha dimostrato che il dolore è un sintomo presente in R.I. e che spesso non viene adeguatamente e tempestivamente trattato e corretto:

- ✓ n.50 schede presentano alla dimissione dolore ≥ 4 ;
- ✓ l'intervento antalgico, in presenza di dolore ≥ 4 , è stato erogato nel 55,43% (175 schede dolore ≥ 4 – terapia antalgica in 97 schede di cui farmacologici n.65 e non farmacologici n.32);
- ✓ il dolore ≥ 4 , nel 44,57% dei casi non è stato trattato;
- ✓ il sintomo dolore ≥ 4 è presente nel 33,4% delle schede somministrate;
- ✓ il dolore < 4 è presente in n.73 schede (13,93%: n.40 procedure vascolari e n.33 procedure addominali) ed hanno usufruito di n.22 interventi antalgici di cui 12 farmacologici e 10 non farmacologici (procedure vascolari: n.7 farmacologici e n.7 non farmacologici – procedure addominali n.7 farmacologici e n.3 non farmacologici);
- ✓ il sintomo dolore, con valore compresi tra 1 e 10, è presente nel 47,33% delle n.524 schede processate.

Una volta conclusa l'analisi dei dati e conosciuto lo scostamento dalla "buona pratica", si è osservato un forte senso di volontà ad essere parte integrante del cambiamento, alle varie figure professionali, sia assistenziali che organizzative.

Questa condotta fa ben sperare nella riuscita di un ragguardevole processo di crescita e di miglioramento, dal quale trarranno beneficio sia i professionisti che i pazienti coinvolti.

Alla luce di questa esperienza, sicuramente positiva e soddisfacente per quanto riguarda l'atteggiamento dei professionisti interessati al processo di miglioramento, si sta considerando una futura implementazione di un audit clinico sulla gestione del dolore considerando criteri di esito e appropriatezza per verificare gli interventi non farmacologici e farmacologici. Propedeutici, al nuovo percorso di audit clinico, dovranno essere implementati una scheda analgesica unidimensionale tarata sullo score delle schede del dolore e corsi di formazione sulle tecniche cognitive comportamentali che facilitino la gestione del dolore con tecniche non farmacologiche (comportamentali, sensoriali e cognitive).

Si sta considerando la possibilità di condividere l'utilizzo dello strumento con i reparti afferenti alla R.I. al fine di coordinarsi ed uniformarsi nella gestione del dolore.

Inoltre, progettare una sperimentazione multicentrica eseguita presso le R.I. delle Marche sul monitoraggio, gestione e controllo del dolore sarebbe la chiave che ci permetterebbe di dimostrare che il dolore è presente in questo setting e che la sua gestione è possibile. Per ora questo rimane solo un obiettivo a cui puntare in futuro.

Infine, è fondamentale ribadire sempre la logica del miglioramento, ed è altrettanto importante ricordare che l'audit clinico^[34] non è uno strumento che hanno le organizzazioni per attribuire colpe o responsabilità ma per misurarsi rispetto alla buona pratica.

I professionisti hanno l'obbligo di implementare le buone pratiche disponibili e di mettere in atto le iniziative per accrescere la sicurezza dei pazienti. In tal senso, l'audit clinico, condotto in modo rigoroso, risponde ad un imperativo etico del Sistema Sanitario, di cui possono beneficiare sia i professionisti che i pazienti.

ABBREVIAZIONI

ADL (Activities of Daily Living): scale di valutazione che forniscono dati indicativi sullo stato del paziente in relazione alle semplici attività della vita quotidiana.

R.I.: Radiologia Interventistica

C.P.S.I.: Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere

NRS: Numeric Rating Scale

PAINAD: Pain Assessment in Advanced Demenzia

SOD: Struttura Organizzativa Dipartimentale

SOS: Struttura Semplice Dipartimentale

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association International

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Mick G, Guastella V. Chronic Postsurgical Pain. Springer; Reprint edizione 2016; è una approfondita rassegna dei fattori di rischio, valutazione e strategie preventive per il dolore cronico derivante dell'intervento chirurgico.
2. IASP. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain 1979; 6: 249
3. Merskey H, Bogduk N. Classificazione del dolore cronico. Descrizioni delle sindromi dolorose croniche e definizioni dei termini del dolore. Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP), Sottocommissione sulla Tassonomia, 1986; 3, S1-226.
4. Bickley LS, Szilagyi SG, Montano N. Esame obiettivo ed anamnesi. Piccin Editore, 2018: 3-6
5. Heather Herdman T, Kamitsuru S, PhD, RN, FNI. Nanda International, Inc. Diagnosi Infermieristiche Definizioni e Classificazioni 2018-2020, Undicesima edizione, Casa editrice Ambrosiana, Milano, 2018: 438-40
6. Cosmai S, Ghidini M, Casati M et al. Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce di età. Una revisione della letteratura. L'Infermiere (FNOPI); 3/2017
<https://www.infermiereonline.org/2017/08/09/le-scale-di-misurazione-del-dolore-per-le-diverse-fasce-deta-una-revisione-della-letteratura/>
(ultimo accesso 14/06/2023)
7. Re LG, Andreola I. Il dolore: un approccio culturalmente sensibile. L'Infermiere (FNOPI); 4/2020
<https://www.infermiereonline.org/2020/09/22/il-dolore-un-approccio-culturalmente-sensibile/>
(ultimo accesso 14/06/2023)
8. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Classificazione NIC degli interventi infermieristici. Terza edizione italiana sulla settima edizione in lingua inglese. Casa Editrice Ambrosiana, 2020: 215-7
9. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019; art. 18
10. Ospedali Riuniti di Ancona; Area Professioni Sanitarie; P.O. Qualità – Risk Management 2012; SOS Risk Management; documentazione aziendale APS, 17/01/2018
11. Zanni F. Il self-reporting nel dolore acuto in emergenza: modelli e scale di valutazione nel paziente adulto verbalizzante. Pain Nursing Magazine, Italian on line journal. 2-3-2017

<https://www.painnursing.it/il-self-reporting-nel-dolore-acuto-in-emergenza-modelli-e-scale-di-valutazione-nel-paziente-adulto-verbalizzante/>

(ultimo accesso 14/06/2023)

12. Garra G, Singer AJ, Taira BR, et al. Validation of the wong-baker faces pain rating scale in pediatric emergency department patients. *Academic Emergency Medicine*. 2010;17(1):50-54.
13. Warden, W, Hurley A, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) Scale. *J AmMed Dir Assoc* 2003; 4: 9-15.
14. Rubbi I. La valutazione del dolore negli anziani con deterioramento cognitivo mediante l'impiego della scala PAINAD: studio osservazionale in due case di residenza. *Pain Nursing Magazine*, Italian online journal. 1-2016
<https://www.painnursing.it/la-valutazione-del-dolore-negli-anziani-con-deterioramento-cognitivo-mediante-limpiego-della-scala-painad-studio-osservazionale-in-due-case-residenza/>
(ultimo accesso 14/06/2023)
15. Costardi D, Rozzini L, Costanzi C, et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (Painad) scale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007;44(2):175-180.
16. Maiani G, Sanavio E. Semantics of pain in italy: the italian version of the mcgill pain questionnaire: *Pain*. 1985;22(4):399-405.
17. Caraceni A, Mendoza TR, Menciaaglia E, et al. A validation study of an Italian version of the brief pain inventory (Breve questionario per la valutazione del dolore): *Pain*. 1996;65(1):87-92.
18. Cornwall A, Doncleri DC. The effect of experimental induced anxiety on the experience of pressure pain. *Pain* 1988; 35: 105-13.
19. Cure palliative in ospedale: un diritto per tutti. Ministero della salute. 2021
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_518_allegato.pdf
(ultimo accesso 14/06/2023)
20. Benini F, Blengini C, Bonezzi C et al. Il dolore cronico in medicina generale. Ministero della Salute. *Value Relation*, 2010; 14-9
21. World Health Organization. *Traitement de la douleur cancéreuse*. Genève: World Health Organization 1987

22. American Pain Society Quality Improvement Committee. JAMA. 1995;1847–80
23. Legge N. 38 del 15/03/2010–Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19/03/2010 “*Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*”; art. 1, art. 2, art. 5, art. 7, art. 10
24. Quaderno del Ministero della Salute. Criteri di appropriatezze clinica, strutturale e tecnologica di Radiologia Interventistica. Novembre-dicembre 2011, n.12, 27 gennaio 2012 , ultimo aggiornamento 7 marzo 2017
25. Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell’infermiere con funzioni manageriali. Terza edizione. McGraw-Hill, Milano 2009; 629-35
26. Ministero della Salute, L’audit clinico, maggio 2011, ultimo aggiornamento febbraio 2013
27. Management of chronicpain (SIGN136): Trattamento del dolore cronico. SIGN, 2013/2019 Linea guida (SNLG del Ministero della Salute), Ottobre 2003
28. Quaderni del consiglio regionale delle Marche. Anno XXV – n.312 Luglio 2020; 23-4
29. Pfeiffer E.; A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. “Journal of the American geriatrics Society”, Oct.1975, vol.23, n.10, 433-441
30. Pagé MG et al. Validation of the numerical rating scale for pain intensity and unpleasantness in pediatric acute postoperative pain: sensitivity to change over time. The Journal of Pain, April 2012, vol. 13, Issue 4, 359-69
31. Potter J, Fuller C, Ferris M. Local clinical audit: handbook for physicians. Healthcare Quality Improvement Partnership. Royal College of Physicians; August 2010; 38
32. Dixon N, Wienand U, Lo Presti L. Come condurre un Audit Clinico a beneficio dei pazienti. Ottava edizione. Healthcom-munication; 2012: 93-5
33. Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell’infermiere con funzioni manageriali. Terza edizione. McGraw-Hill, Milano 2009; 616

34. Baronciani D, Perrone E, Magrini N. Audit clinic: uno strumento per favorire il cambiamento, volume 7. Prima edizione. Il Pensiero Scientifico Editore, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Ministero della Salute e Azienda USL di Imola, 2014: 1-2

ALLEGATI

Allegato 1: (Scala NRS/PAINAD)

Allegato 2: (Istruzioni di somministrazione scale NRS/PAINAD)

Allegato 3: (Test di Pfeiffer)

Allegato 4: (Richiesta autorizzazione raccolta dati)

Allegato 5: (Istruzioni compilazione foglio raccolta dati)

Allegato 6: (Scheda raccolta dati)

Allegato 7: (Attività formativa: “Scheda di valutazione del dolore
intraprocedurale in Radiologia Interventistica”)

Allegato 8: (Gestione del dolore, Scheda rilevazione dolore)

Allegato 1



SCHEDA MONITORAGGIO DOLORE
Radiologia Interventistica

Rev. 00 del 01/07/2022

1 di 2

TIME INTERVENTO	ORA	SCALA	VALUTAZIONE				RIVALUTAZIONE (MRS/PAINAD > 4)									
			LIVELLO DEL DOLORE	SEDE	CARATTERE	FREQUENZA	INTERVENTI	FIRMA	ORA	SCALA	LIVELLO DEL DOLORE	EFFETTI	FIRMA			
PRE OPERATORIO																
INTRA OPERATORIO																
POST OPERATORIO																

SCALA	PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)	ITEMS				PUNTEGGIO
		RESPIRO	VOCALIZZAZIONE	ESPRESSIONE FACIALE	LINGUAGGIO DEL CORPO	
		Murmure	Murmure	Risate	affannosa	
				inatti occasionali e brucchi	Risate affannose e rumorose, con periodi di apnea polmonare	
				Sorriso e inarrossimento	Urta ripetute e lamentei	
		Rilascio		Torco	Smarfio	
		Movva braccia di azione controllata		sfum che cerca consolazione	capacità di distrazione e/o consolazione	
						TOTALE

NOTE:

Allegato 2

Informazioni per il paziente collaborante

Responsabile: infermiere “JOLLY”

L’infermiere, al momento dell’accoglienza, informa il paziente che in R.I. è in atto una sperimentazione per il monitoraggio e il controllo del dolore; deve comunicare alcuni messaggi fondamentali:

1. Il dolore non deve essere sopportato;
2. Se insorge il dolore o aumenta quello già presente, informare subito il personale infermieristico;
3. Non aspettare che il dolore raggiunga livelli di intensità elevati;
4. Ricordarsi sempre che prima si informa il personale sanitario, maggiori sono le possibilità di controllare e/o eliminare il dolore.

Il personale infermieristico ha il compito di aiutare il paziente ad utilizzare in modo corretto lo strumento di misurazione del dolore, in particolare, deve:

1. Spiegare a cosa serve la scala di monitoraggio del dolore,
2. Illustrare le modalità di utilizzo,
3. Spiegare che il dolore può essere trattato e controllato, non è un sintomo ineluttabile e non necessariamente per essere definito “dolore” deve essere insopportabile. Deve inoltre spiegare che il dolore può manifestarsi in vario modo, anche sotto forma di bruciore o di scossa elettrica o altre modalità.

Gli strumenti variano a seconda che si tratti di paziente adulto, di paziente non in grado di comunicare o comunque non collaborante (Scala NRS/PAINAD).

Istruzioni (per i c.p.s.i.) per la somministrazione della scheda di monitoraggio del dolore:

Scala Unidimensionale NRS

Nella somministrazione della scheda per il monitoraggio del dolore rivolta a pazienti adulti, considerato che la valutazione del dolore è un fenomeno soggettivo, si raccomanda di non influenzare in nessun modo la valutazione del paziente. In particolare ricordare:

1. Dare istruzioni verbali in modo chiaro e semplice come per esempio “mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 al dolore peggiore possibile”;
2. Se il malato divaga, rispondendo con descrizioni verbali (es: ho un po’ di dolore, ma non tanto), occorre richiamarlo con calma alle istruzioni “Mi indichi per favore con un numero da 0 a 10”;

3. Non suggerire la risposta alla persona (es.: “ha detto che ha un po’ di dolore, quindi possiamo scrivere 2 o 3, vero?”), tanto meno fare le valutazioni al posto del paziente, presumendo di conoscere come si sente;

4. Se il paziente dice di non aver compreso le istruzioni usare esempi semplici, come “immagini che questo sia un termometro per valutare il suo dolore; più il numero è alto, più il dolore è forte”. Non usare l’esempio dei voti a scuola, perché confonde in quanto 10 a scuola rappresenta un voto molto positivo, mentre nel caso del dolore corrisponde ad un evento molto negativo;

5. Se il paziente contesta l’istruzione, dicendo che lui non può sapere qual è il peggior dolore in assoluto, ricordare che si tratta di una valutazione soggettiva e personale, quindi può fare riferimento a quello che lui immagina essere il peggior dolore;

6. Non mostrare o riferire al paziente la valutazione del dolore data in precedenza, anche se lui stesso la richiede. Rispondere che per l’operatore sanitario è importante la valutazione del dolore in quel preciso momento;

7. Non fare commenti sulla risposta data dal paziente. La valutazione del dolore non va contestata. Per esempio mai dire: “Ma come! Se prima mi ha detto che il valore era 6, come fa a dirmi adesso che è 8, dopo aver assunto un analgesico”;

8. Quando le valutazioni del paziente risultano incongruenti è necessario cercare di capire perché questo avviene. Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi e che lo strumento di misura che noi utilizziamo non è un “termometro”;

9. Attenzione a non fornire vantaggi secondari di tipo attenzionale-relazionale alle lamentele di dolore. Alcuni pazienti possono sentirsi gratificati dall’ottenere attenzioni particolari dallo staff di cura, accentuando a tal fine il comportamento manifesto di dolore. L’attenzione dell’operatore deve essere rivolta alla persona e al suo dolore/ sofferenza, ma non necessariamente al comportamento da dolore.

Il monitoraggio del dolore su pazienti non comunicanti e/o non collaboranti: la scheda PAINAD (PainAssessment in Advanced Dementia)

Qualora i pazienti presentassero disturbi cognitivi o difficoltà di comunicazione, è possibile utilizzare uno strumento come il PainAssessment in Advanced Dementia (PAINAD), che si basa sulla valutazione di specifici indici comportamentali e fisiologici dai quali è possibile ricavare un punteggio. Pertanto, quando il paziente reclutato presenta un punteggio al test di Pfeiffer >7 e/o non è in grado di esprimere a parole il livello di dolore percepito è necessario utilizzare questo strumento. La scala PAINAD rileva la presenza di dolore valutando 5 aree comportamentali ad esso collegate, ovvero:

- Respirazione,
- Vocalizzazione-

- Espressioni del volto,
- Linguaggio del corpo,
- Consolazione.

A ciascuno di questi comportamenti è attribuito un punteggio basato sull'osservazione del paziente, utilizzando una scala che va da 0 a 2. L'attribuzione del punteggio si basa sulla corrispondenza tra il comportamento del paziente e le descrizioni fornite per ciascun livello dei 5 item. Il punteggio totale così ottenuto può essere interpretato secondo la stessa modalità applicabile per la scala NRS, ovvero un valore 1-3 è considerato indice di dolore lieve, 4-7 dolore moderato, 8-10 dolore grave.

Allegato 3

 Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche	SCHEDA MONITORAGGIO DOLORE Radiologia Interventistica	
	Rev. 00 del 01/07/2022	1 di 2

TEST DI PFEIFFER

(Short portable mental status questionnaire)

		SI	NO
1	Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno)?		
2	Che giorno della settimana?		
3	Qual è il nome di questo posto?		
4	Qual è il suo numero di telefono (o indirizzo di casa)?		
5	Quanti anni ha?		
6	Quando è nato?		
7	Chi è il Papa attuale Papa (o il Presidente della Repubblica)?		
8	Chi era il Papa precedente? (o il Presidente della Repubblica)?		
9	Quale era il nome di sua madre prima di sposarsi?*		
10	Faccia «20-3» e ora ancora -3 fino a 2		

Numero totale errori ____ / 10

Punteggio corretto** ____ / 10

Modalità di compilazione:

- o Chiedere le domande da 1 a 10 e registrare le risposte
- o * Se non è possibile verificare esattamente il dato richiesto la risposta si considera corretta se il soggetto indica un nome di donna con un cognome differente dal proprio
- o **Registrare il numero totale di errori basato sulle 10 domande; quindi:
 - sottrarre un errore se la persona ha frequentato soltanto la scuola elementare
 - aggiungere un errore se la persona ha frequentato scuole oltre le medie superiori

0-4 ERRORI	DETERIORAMENTO ASSENTE - LIEVE	
5-7 ERRORI	DETERIORAMENTO MODERATO	
8-10 ERRORI	DETERIORAMENTO GRAVE	

Firma del compilatore: _____

Allegato 4

Alla Dott.ssa **Rosalia Mercanti** Dirigente
Professioni Sanitarie
Area Infermieristica-Ostetrica
A.O.U Ospedali Riuniti Ancona

Al Dott. **Leonardo Incicchitti**
Direttore f.f
Direzione Medica Ospedaliera
A.O.U. Ospedali Riuniti Ancona

Oggetto: Ad integrazione e modifica della nota: IDI145429/06/07/2022/DMO -
Monitoraggio infermieristico in Radiologia Interventistica:
Intraoperative pain assessment, pain scale and clinical audit – richiesta di
autorizzazione raccolta dati

Il sottoscritto Paolo Veccia dipendente di codesta Azienda Ospedaliera in qualità di CPSI presso la SOD Radiologia Interventistica (R.I.) - Dipartimento di Scienze Radiologiche ed iscritto al 1° anno del CdL in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, al fine di eseguire uno studio osservazionale descrittivo retrospettivo sulle schede della rilevazione del dolore dei pazienti afferenti alla SOD Radiologia Interventistica con l'obiettivo di identificare il sintomo dolore

CHIEDE

la possibilità di eseguire una raccolta dati presso la SOD di Radiologia Interventistica, che sarà eseguita come descritto nell'allegato 1 e valutata attraverso la metodologia dell'audit clinico.

I dati saranno raccolti in linea con la normativa vigente, regolamento UE 769/2016 e D.Lgs 101/2018 ed i principali risultati saranno restituiti all'Area delle Professioni Sanitarie attraverso un report riassuntivo.

Si riporta che una analisi critica delle modalità operative presenti in Radiologia Interventistica eseguita dal Direttore di SOD, dall' Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica Interpresidio e dai CPSI rispetto ai contenuti della Legge 38/2010, alle linee guida, alla procedura Aziendale e al Codice Deontologico infermieristico ha fatto emergere che il dolore, pur essendo un parametro certamente valutato in occasione della routine clinica, secondo la propria attitudine semiologica e clinica, non viene però documentato in quanto non sono presenti strumenti idonei a tale registrazione. Spesso viene segnalato dall'operatore in maniera estemporanea. Pertanto si è ritenuto necessario intraprendere un percorso formativo "Scheda di valutazione del dolore

AREA MEDICA OSPEDALIERA
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
Dott. Leonardo Incicchitti
A.O.U. OSPEDALI RIUNITI ANCONA

intraoperatoria in Radiologia Interventistica" (codice ECM: 2762-22158) rivolto ai CPSI della R.I., svoltosi nel mese di maggio 2022, propedeutico all'introduzione di uno strumento idoneo ed alla sua corretta applicazione. La scheda di valutazione del dolore sarà introdotta ed implementata nella pratica clinica a partire dal test pilota della sperimentazione previsto dal mese di ottobre 2022, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di processo. Successivamente al raggiungimento degli obiettivi di processo, previsti nell'allegato 1, saranno considerati obiettivi di esito.

In attesa di un vostro riscontro, porgo cordiali saluti.

Ancona, il 02/08/2022

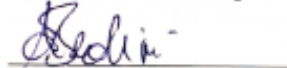
VECCIA PAOLO



BEDINI ALESSIA Incarico di Organizzazione

Area Infermieristica Radiologica Interpresidio

Dipartimento Scienze Radiologiche



ALLEGATI

1. (Obiettivi – materiali e metodi – risultati relative alla raccolta dati)
2. (Attività formativa: "Scheda di valutazione del dolore intraoperatoria in Radiologia Interventistica")
3. (Scheda rilevazione del dolore NRS/PAINAD)
4. (Scheda raccolta dati)



Allegato 5

PROGETTO: AUDIT CLINICO
VALUTAZIONE DELLA GESTIONE DEL DOLORE IN RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

ISTRUZIONI COMPILAZIONE FOGLIO RACCOLTA DATI

1	ID ACCETTAZIONE
2	DATA ACCETTAZIONE
3	REPARTO CHE HA RICHiesto LA PROCEDURA
4	SESSO: M o F
5	DATA DI NASCITA
6	PROCEDURA ESEGUITA: VASCOLARE o ADDOMINALE (specificare procedura)
7	NRS (pre-operatorio): es.4 (oppure NR= non rilevata)
8	ECCEZIONE: 1A – 1B – 1C – 1D (vedi progetto)
9	CRITERIO 1: SI o NO o E (= eccezione 1A – 1B – 1C – 1D)
10	PFEIFFER ALL'INGRESSO>7: SI o NO
11	PAINAD ALL'INGRESSO: SI o NO
12	CRITERIO 2: SI o NO o NA (= non applicabile)
13	RILEVAZIONE DOLORE NELLE 3 FASI OPERATORIE CON NRS/PAINAD
14	CRITERIO 3: SI o NO
15	NRS/PAINAD>4 INTERVENTO ANTALGICO (richiesto e documentato)
16	ECCEZIONE: 1E
17	CRITERIO 4: SI o NO o E (= eccezione 1E)
18	RILEVAZIONE ENTRO 30 MINUTI SUCCESSIVA A PUNTEGGIO NRS/PAINAD>4
19	ECCEZIONE: 1F
20	CRITERIO 5: SI o NO o E (= eccezione 1F)
21	N° RILEVAZIONI NRS/PAINAD>4: 1,2,3.....
22	RILEVAZIONE DOLORE FINO A NRS/PAINAD<4
23	ECCEZIONE: 1E – 1F
24	CRITERIO 6: SI o NO o E (= eccezione 1E – 1F)

Allegato 7



DIPARTIMENTO SCIENZE RADIOLOGICHE

Direttore di Dipartimento
di Dipartimento
Prof. Andrea Giovagnoni
Imperiale

Incarico di Organizzazione

Do tt. Luigi

GRUPPO DI MIGLIORAMENTO

SOD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

**SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE INTRAPROCEDURALE
IN RADIOLOGIA INTERVENTISTICA**

PRESENTAZIONE: L'International Association for the Study of Pain - IASP definisce il dolore un'esperienza sensoriale e emozionale spiacevole associata ad un danno tissutale in atto, potenziale o percepito in termini di danno. Anche a livello normativo con la legge n. 38 del 15 marzo 2010 *Disposizioni per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore* viene introdotta la prima forma di tutela e garanzia verso l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, di fatto viene sancito il diritto del cittadino a non soffrire. Al fine di una corretta valutazione del dolore e per evitare la sovra o sottostima di questo parametro, è indispensabile che venga valutato tramite schede valutative. Le scale di valutazione utili alla misurazione del dolore offrono una lettura oggettiva e confrontabile, attraverso la rilevazione di dati quali-quantitativi, il loro impiego è fondamentale anche per rendere possibile la misura dei risultati del trattamento. La scelta della scala per la misurazione del dolore viene fatta in base alle

caratteristiche individuali, ed implica una buona conoscenza delle capacità cognitive e comportamentali della persona. Data la vasta gamma di soggetti, si consiglia di mettere a disposizione dei professionisti tutte le scale, con ampia possibilità di scelta.

OBIETTIVI GENERALI-FINALITA’: Effettuare una revisione sistematica della letteratura per valutare quale sia lo strumento di rilevazione del dolore più idoneo da applicare presso la SOD Radiologia Interventistica, garantendo che tutti i pazienti abbiano diritto alle cure senza dolore, mantenendo così alti gli standard di qualità. Tale strumento oltre ad uniformare i comportamenti nelle procedure, sarà un indispensabile strumento di valutazione dei PV sia per i neo-assegnati/neo-assunti che per gli studenti del C.d.L in Infermieristica che afferiranno presso le suddette SOD.

OBIETTIVI SPECIFICI:

Le finalità specifiche del progetto sono:

- Migliorare la pratica clinica, produrre reali benefici nel percorso di cura del paziente e nella fornitura di servizi;
- Identificare i parametri di riferimento attraverso la formulazione di criteri, indicatori e standard;
- Analizzare i dati raccolti ai fini di un confronto con gli standard di riferimento;
- Condividere temi della materia trattata attraverso approfondimenti della letteratura scientifica;
- Sviluppare nuove strategie e promuovere l’apertura al cambiamento
- Realizzazione strumento di valutazione e gestione del dolore: *SCHEDA MONITORAGGIO DEL DOLORE*

OBIETTIVO FORMATIVO INTERESSE REGIONALE: classe 3–
 Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi,
 profili di assistenza – profili di cura

DESTINATARI: La partecipazione all’attività è rivolta ai Collaboratori
 Professionali Sanitari Infermieri afferenti alla SOD Radiologia Interventistica ed è
 considerata obbligatoria in marcatura F2 – Partecipanti max n. 5.

PROGRAMMA		
Periodo di realizzazione: maggio-giugno 2022		
1° INCONTRO Dalle 14:30 alle 16:30	-Presentazione attività di miglioramento - Comprendere il dolore per gestirlo - Riferimenti normativi	Docenti: Alessia Bedini Coordinatore CPSI
2° INCONTRO Dalle 14:30 alle 16:30	-Le scale del dolore -Definizione criteri/standard	
3° INCONTRO Dalle 14:30 alle 16:30	-Progettazione SCHEDA MONITORAGGIO DEL DOLORE	
SEDE DEL CORSO	Aula Biblioteca Dipartimento Scienze Radiologiche	
DIRETTORE DEL CORSO	Dott. Luigi Imperiale	
COORDINATORE ATTIVITA' FSC	Dott.ssa Alessia Bedini	

METODOLOGIA DIDATTICA	Applicazione del processo dell'Audit clinico assistenziale
DOCENTI	Alessia Bedini
MATERIALE DIDATTICO	Manuale sull'Audit clinico del Ministero della Salute
VERIFICA APPRENDIMENTO	-Valutazione del Responsabile RSC -Valutazione finale di gradimento - Project work
CREDITI FORMATIVI	Crediti formativi n° 7,8 I crediti formativa verranno rilasciati solo a coloro che avranno garantito il 90% delle presenze previste per l'attività formativa

Allegato 8

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	1 di 12	

INDICE

1. INTRODUZIONE	pag.
2. OBIETTIVI	pag.
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	pag.
4. DESTINATARI	pag.
5. RIFERIMENTI NORMATIVI	pag.
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	pag.
7. ABBREVIAZIONI	pag.
8. GLOSSARIO	pag.
9. ISTRUZIONE PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI MONITORAGGIO DEL DOLORE	pag.
9.1 Paziente collaborante	pag.
9.2 Paziente non collaborante	pag.
10. BIBLIOGRAFIA	pag.
11. ALLEGATI	pag.

Revisione	Data	Motivo	Pag.
00	01/07/2022	Emissione	Tutte

Archiviazione e distribuzione:

- Studio della IO
- Condivisa con tutti gli operatori via email
- Consultabile sul Portale Intranet

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	2 di 12	

Stesura	Verifica	Approvazione
CPSI Baffetti Morena <u>Galassi Giacomo</u> Magnini Francesca Vagnarelli Claudia Veccia Paolo	R.Q. Dott.ssa Luana Regnicolo	Direttore SOD Radiologia Interventistica Dott. Roberto <u>Candelari</u> Incarico di Organizzazione di Dipartimento Dott. Luigi Imperiale Incarico di Organizzazione Area Infermieristica Radiologica <u>Interpresidio</u> Dott.ssa Alessia Bedini
Firma	Firma	Firma

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	3 di 12	

1. INTRODUZIONE

L' International Association for the Study of Pain - IASP definisce il dolore un'esperienza sensoriale e emozionale spiacevole associata ad un danno tissutale in atto, potenziale o percepito in termini di danno.

Anche a livello normativo con la legge n. 38 del 15 marzo 2010 *Disposizioni per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore* ⁽¹⁾ viene introdotta la prima forma di tutela e garanzia verso l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, di fatto viene sancito il diritto del cittadino a non soffrire.

Al fine di una corretta valutazione del dolore e per evitare la sovra o sottostima di questo parametro, è indispensabile che venga valutato tramite schede valutative. Le scale di valutazione utili alla misurazione del dolore offrono una lettura oggettiva e confrontabile, attraverso la rilevazione di dati quali-quantitativi, il loro impiego è fondamentale anche per rendere possibile la misura dei risultati del trattamento. La scelta della scala per la misurazione del dolore viene fatta in base alle caratteristiche individuali, ed implica una buona conoscenza delle capacità cognitive e comportamentali della persona. Data la vasta gamma di soggetti, si consiglia di mettere a disposizione dei professionisti tutte le scale, con ampia possibilità di scelta.

2. OBIETTIVI

Gli obiettivi di questo protocollo sono:

- ✓ L' applicazione delle conoscenze di anatomia, fisiologia, psicologia e sociologia nell' assessment e management del paziente con dolore
- ✓ La distinzione tra le diverse tipologie di dolore (acuto, persistente, episodico intenso) per quanto concerne i meccanismi d'azione, la valutazione e il trattamento del dolore
- ✓ Il riconoscimento delle conseguenze di un mancato trattamento antalgico
- ✓ L'identificazione di potenziali fattori ostacolanti nella valutazione e nel trattamento del dolore

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	4 di 12	

- ✓ Il riconoscimento delle persone più a rischio di provare dolore e l'introduzione di azioni di rimedio
- ✓ L'erogazione di informazioni a pazienti e familiari riguardo la possibilità di trattamento del dolore
- ✓ La valutazione dell'appropriatezza prima della somministrazione del farmaco analgesico e successivamente del suo effetto sulla riduzione del dolore
- ✓ Il precoce riconoscimento di condizioni di non aderenza o scarsa efficacia del trattamento terapeutico antalgico e discussione collegiale di strategie per risolvere il problema
- ✓ L'applicazione di misure fisiche e psicologiche per la riduzione del dolore (ad es. cambio di postura, erogare informazioni accurate, tecniche di rilassamento e distrazione)
- ✓ L'identificazione in maniera chiara, realistica e condivisa degli obiettivi da perseguire nella gestione del dolore
- ✓ La documentazione in maniera accurata la valutazione del dolore
- ✓ La comunicazione efficace, empatica con il paziente, i suoi familiari e tutti i membri del team multidisciplinare
- ✓ La riflessione sulla propria pratica clinica per poter migliorare l'assistenza ai pazienti con dolore

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il documento trova applicazione all'interno della *SOD Radiologia Interventistica* del Dipartimento Scienze Radiologiche - dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona.

4. DESTINATARI

I destinatari sono i CPSI della *SOD Radiologia Interventistica* del Dipartimento Scienze Radiologiche - dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona.

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	5 di 12	

5. RIFERIMENTI NORMATIVI

- ✓ Legge 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”
- ✓ DM 739 del 1994
- ✓ Legge 38/2010
- ✓ Codice Deontologico 2019
- ✓ Ospedali Riuniti di Ancona; Area Professioni Sanitarie; P.O. Qualità – Risk Management 2012; SOS Risk Management; documentazione aziendale APS, 17/01/2018
- ✓ Cure palliative in ospedale: un diritto per tutti. Ministero della salute. 2021 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_518_allegato.pdf
- ✓ Quaderni del consiglio regionale delle Marche. Anno XXV – n.312 Luglio 2020; 23-4

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	6 di 12	

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	FIGURA CHE SVOLGE L'ATTIVITA'		
	CPSI	MEDICO	ASA
Accoglimento del pz	R		
Informazione del paziente all'esecuzione della procedura interventista	C	R	
Accertamento infermieristico	R		
Compilazione scheda rilevazione dolore	R		
Prescrizione <u>antidolorico/analgesico</u>		R	
Somministrazione <u>antidolorico/analgesico</u>	R	C	
Trasferimento c/o la SOD di <u>appartenenza</u>	C		R

7. ABBREVIAZIONI

AOU: Azienda Ospedaliera Universitaria

AOUOORR: Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti

ASA: Ausiliario Socio-Assistenziale

CPSI: Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere

IO: Incarico di Organizzazione

PZ: Paziente

SOD: Struttura Operativa Dipartimentale

SPM: su prescrizione medica

NRS: Numeric Rating Scale

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	7 di 12	

PAINAD: Pain Assessment in Advanced Demenzia

8. GLOSSARIO

CPSI *jolly*: CPSI fuori sala

9. ISTRUZIONE PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI MONITORAGGIO DEL DOLORE

Il CPSI *jolly* è il responsabile dell'accoglienza del pz che afferisce presso la SOD Radiologia Interventistica per l'esecuzione delle procedure diagnostico/terapeutiche.

Al momento dell'accertamento infermieristico, il pz verrà informato che:

- ✓ il dolore non deve essere sopportato
- ✓ qualora insorga dolore o ne aumenti di intensità, deve informare subito il personale infermieristico
- ✓ evitare che il dolore raggiunga livelli di intensità elevata
- ✓ informare che, se il dolore viene gestito già al momento dell'insorgenza, ci saranno maggiori probabilità che possa essere controllato/eliminato.

Il CPSI *jolly*, a seconda della tipologia di pz assistito (collaborante/non collaborante), impiegherà differenti schede di rilevazione del dolore:

- collaborante: NRS
- non collaborante: PAINAD

Durante la rilevazione del dolore è fondamentale **non influenzare** il pz nella valutazione del dolore.

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	8 di 12	

9.1 Test di Pfeiffer

Un'altra componente importante per comprendere le condizioni della popolazione anziana non autosufficiente è costituita dalle sue capacità cognitive. Utilizzando il cosiddetto test di Pfeiffer (anche noto come Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ), si cerca di valutare la presenza di eventuali disturbi dell'efficienza intellettuale e di deterioramento cognitivo.

Lo Short Portable Mental Status Questionnaire o Test di Pfeiffer è composto da dieci domande, di cui sette sono focalizzate sull'orientamento (spazio-temporale, personale e circostante), due valutano la memoria a lungo termine (numero di telefono/indirizzo e cognome della madre), e uno valuta la capacità di concentrazione (sottrazione seriale). Il punteggio totale viene calcolato conteggiando 1 punto per ogni risposta corretta, per un totale che può andare da 0 (massimo deficit cognitivo) a 10 (assenza di deficit cognitivo). La capacità di risposta alle domande varia in base al livello di istruzione, per cui il totale viene corretto rispetto al grado di scolarità del rispondente.

Nei pazienti cognitivamente compromessi (test di Pfeiffer > 7) la rilevazione del dolore all'ingresso sarà effettuata con scala di tipo osservazionale PAINAD

9.2 Paziente collaborante – NRS

Per i pazienti collaboranti viene utilizzata la NRS, strumento di valutazione del dolore molto diffuso per la sua semplicità di somministrazione.

Si tratta di una scala di tipo unidimensionale, ovvero considera soltanto il dolore e nessun altro fattore.

L'NRS consiste in una scala numerica da 0 a 10 dove:

Il valore 0 indica dolore assente, mentre valore 10 indica dolore massimo.

- I valori tra 1 e 9 compresi indicano una ingravescente presenza di dolore.

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	9 di 12	

1. Dare istruzioni verbali in modo chiaro e semplice (es.: *“mi indichi con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 al dolore peggiore possibile”*)
2. Se il pz divaga, rispondendo con descrizioni verbali (es.: *“ho un po' di dolore, ma non tanto”*) occorre richiamarlo alle istruzioni (es.: *“mi indichi con un numero da 0 a 10, per favore”*)
3. Non suggerire la risposta alla persona (es.: *“ha detto che ha un po' di dolore, quindi possiamo scrivere 2 o 3 vero?”*), tanto meno fare le valutazioni al posto del pz, presumendo di sapere come si senta
4. Se il pz riferisce di non aver compreso abbastanza le istruzioni per la rilevazione del dolore, impiegare esempi semplici come *“immagini un termometro di valutazione del dolore, più il numero è elevato e più il dolore è intenso”*
5. Se il pz contesta l'istruzione dicendo che lui non può sapere quale sia il peggior dolore in assoluto, ricordare che si tratta di una valutazione soggettiva e personale, e quindi può fare riferimento a quello che lui immagina essere il peggior dolore
6. Non mostrare o riferire al paziente la valutazione del dolore data in precedenza, anche se sia lui stesso a richiederlo, spiegando che è importante la valutazione del dolore in quel preciso momento
7. Non commentare le risposte date dal pz (es.: *ma come! Se prima mi aveva riferito di accusare dolore pari a 6, ora che anche assunto l'analgescico, come fa a dirmi che adesso il dolore è 8?”*)
8. Quando le valutazioni del paziente risultano incongruenti, è necessario cercare di capire perché questo avvenga
9. Bisogna porre attenzione a non fornire vantaggi secondari di tipo attenzionale-relazionale alle lamentele di dolore; infatti alcuni pz si sentono gratificati dall'ottenere attenzioni particolari dallo staff di cura, accentuando il dolore manifesto di dolore.

9.2 Paziente non collaborante- PAINAD

Qualora i pz presentassero disturbi cognitivi o difficoltà di comunicazione, è possibile utilizzare la scala PAINAD (Pain in Advanced Dementia).

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	10 di 12	

E' una scala multidimensionale che prende in considerazione 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

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	11 di 12	

- 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

10. BIBLIOGRAFIA

- Gestione del dolore: le scale validate e più utilizzate, Tania Buttiron Webber, Nurse 24, Aggiornato il 15.10.16
- Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain 1979; 6: 249
- Chronic Postsurgical Pain, edizione curata da G. Mick e V. Guastella; è una approfondita rassegna dei fattori di rischio, valutazione e strategie preventive per il dolore cronico derivante dell'intervento chirurgico
- Bickley LS, Montano N. Esame obiettivo ed anamnesi. Piccin Editore 2018
- S Cosmai, M Ghidini, M Casati et al. Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce di età. Una revisione della letteratura. L'Infermiere (FNOPI); 3/2017
<https://www.infermiereonline.org/2017/08/09/le-scale-di-misurazione-del-dolore-per-le-diverse-fasce-deta-una-revisione-della-letteratura/>
- LG Re, I Andreola. Il dolore: un approccio culturalmente sensibile. L'Infermiere (FNOPI); 4/2020
- I Rubbi. La valutazione del dolore negli anziani con deterioramento cognitivo mediante l'impiego della scala PAIND: studio osservazionale in due case di residenza. Pain Nursing Magazine, Italian online journal. 1-2016

	GESTIONE DEL DOLORE SCHEDA RILEVAZIONE DOLORE Radiologia Interventistica	
Rev. 00 del 01/07/2022	12 di 12	

<https://www.painnursing.it/la-valutazione-del-dolore-negli-anziani-con-deterioramento-cognitivo-mediante-limpiego-della-scala-painad-studio-osservazionale-in-due-case-residenza/>

11. ALLEGATI

All. 1 Scheda monitoraggio dolore

All. 2 Test di Pfeiffere

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato nella stesura della tesi con suggerimenti, critiche ed osservazioni: a loro va la mia gratitudine, anche se a me spetta la responsabilità per ogni errore contenuto in questo lavoro. Ringrazio innanzitutto la mia relattrice Prof.ssa Chiara Floridi e la mia correlatrice Dott.ssa Alessia Bedini, per avermi seguito fin dal primo istante con tanta pazienza nella stesura della tesi, senza mai farmi sentire a disagio per i chiarimenti chiesti. Ringrazio tutti i partecipanti all'audit clinico e alla sperimentazione, in particolare il Dottor Roberto Candelari e il Dottor Umberto Ripani per la loro disponibilità, pazienza e comprensione, mostrata. Ringrazio anche il Dottor Luigi Imperiale che si è dimostrato sin da subito interessato al progetto e disponibile per ogni chiarimento. Vorrei ringraziare tutto il personale della Radiologia Interventistica di Ancona per avermi dato la possibilità di procedere per la parte sperimentale della Tesi, i medici ed i trsm e in particolare i miei colleghi infermieri per la loro disponibilità e per avermi aiutato a risolvere qualsiasi dubbio. Senza il loro aiuto questo lavoro non esisterebbe. Desidero ringraziare la mia famiglia che ha sopportato le mie assenze, in particolare mia moglie che mi ha sempre aiutato a superare i momenti di sconforto spronandomi ad andare avanti e a dare sempre il massimo in ogni cosa. Un ringraziamento particolare va ai miei amici e colleghi di Università, Chiara, Laura, Livia, Maria Serena, Martina, Mattia e Sara; senza di loro non sarebbe stato lo stesso, mi hanno aiutato a superare ogni ostacolo grazie alle loro risate e alla loro spensieratezza. Infine, vorrei ringraziare me stesso per aver avuto la determinazione, l'impegno e la dedizione che mi hanno permesso di giungere fino a questo risultato nonostante le difficoltà. In ultimo, un pensiero va ai miei genitori che non ci sono più, credo sarebbero orgogliosi di me.