

SEZIONE I

**IL DOLORE ACUTO
E CRONICO**

1. VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL DOLORE AL TRIAGE

Vincenzo Peloponneso

Il dolore è il più comune sintomo di presentazione nelle persone che si recano in un Dipartimento d’Emergenza (DEA) con una prevalenza compresa tra 60-70%; nella metà dei casi, al momento del triage, il dolore è di intensità moderata o grave. Il riconoscimento ed il trattamento del dolore ha subito un’evoluzione sin dall’ultima decade del secolo scorso; ricercatori, medici ed infermieri hanno iniziato a prendere maggiormente coscienza del sottotrattamento di tale sintomo e hanno raccolto questa nuova sfida muovendo i primi passi su più fronti, verso il miglioramento della gestione del dolore, sin dall’arrivo del paziente in Pronto Soccorso.

La normativa

Nell’ultimo ventennio, la comunità internazionale si è mobilitata per modificare tale approccio e l’OMS ha approvato il progetto “Ospedale Senza Dolore”, che è stato recepito da tutti i Paesi Occidentali e che ha, come obiettivo principale, quello di creare gli strumenti culturali ed operativi necessari a combattere il dolore.

Allo scopo di arginare la prevalenza del dolore negli ospedali, documentata da numerosi studi e ricerche, il Ministero della Sanità ha istituito una commissione di studio, con decreto del 20 settembre 2000, che ha elaborato il documento tecnico di base per la stesura delle linee guida. L’idea iniziale si ispira ad analoghi progetti internazionali e istituzionalizzati in alcuni Paesi europei.

Nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001 vengono pubblicate le “Linee Guida per la realizzazione dell’Ospedale senza dolore”.

Finalità specifica delle linee guida è quella di aumentare l’attenzione del personale coinvolto nei processi assistenziali nelle strutture sanitarie italiane, affinché vengano messe in atto tutte le misure possibili per contrastare il dolore, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano e dal contesto di cura.

Alla luce di queste considerazioni, si rende necessario un radicale mutamento di attitudini e atteggiamenti che deve coinvolgere non solo il personale curante, ma anche i cittadini che usufruiscono dei servizi sanitari del Paese. Inoltre, implica che la rilevazione del dolore divenga costante al pari di altri segni vitali quali la frequenza cardiaca, la temperatura corporea, la pressione arteriosa, fondamentali nella valutazione clinica dei pazienti.

Le linee guida hanno definito in modo incisivo le raccomandazioni per monitorare ed alleviare il dolore della persona, e per promuovere l’uso di scale validate per la

misurazione del livello di dolore che tengano conto di età, sesso, stato psico-fisico, presenza di familiari.

Con la *legge 38, del 15 marzo 2010*, l'iter legislativo raggiunge il suo apice in Italia, che è stata il primo Paese europeo a dotarsi di una legge sul dolore. Tale legge concernente le "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" è davvero innovativa anche nel confronto con il panorama legislativo europeo. In Italia per la prima volta, grazie a questa legge, si tutela e si garantisce l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore a favore del malato con malattia inguaribile o affetto da patologia cronica dolorosa, nell'obiettivo di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza su tutto il territorio nazionale, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La Legge sopra menzionata prevede, tra l'altro, che all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, debbano 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.

Anche nel Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 (Art. 18) è più volte menzionata l'importanza che compete all'assistenza infermieristica nella gestione del dolore. L'articolo 18 evidenzia come "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 delle volontà della persona".

Valutazione del dolore al triage

Il triage, quale primo momento di accoglienza delle persone che giungono in Pronto Soccorso, è una funzione infermieristica volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione dei sintomi denunciati e dei segni vitali rilevati, in modo tale da garantire la presa in carico degli utenti e definirne l'ordine di accesso alla visita medica, sulla base di protocolli approvati dal direttore del DEA. La funzione di triage non riduce i tempi d'attesa di tutti gli utenti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità di interventi urgenti.

La valutazione del dolore al triage è una delle fasi più complesse del processo in quanto richiede all'infermiere la capacità di somministrare una scala di valutazione a una persona che si trova in un ambiente estraneo, sottoposta a emozioni legate allo stato di malattia, all'incertezza della diagnosi e della prognosi, all'attesa prima della visita, alla presenza di persone che possono incidere sulla percezione della situazione circostante.

È richiesta quindi un'elevata abilità da parte dell'infermiere che deve riuscire a mediare la soggettività del paziente con la reale ed oggettiva severità del sintomo, per decidere se quel dolore è tale da influire sull'assegnazione del codice e se merita di essere trattato precocemente in base ai protocolli dell'unità operativa.

Il dolore genera ansia ed agitazione, riduce la collaborazione, aumenta lo stress e il consumo di ossigeno; valutare in modo preciso il dolore diventa uno strumento

fondamentale perché consente di trasmettere un forte segnale di interesse e di accoglienza nei confronti del paziente.

Il dolore è un sintomo e, come tutti i sintomi, lo può descrivere sempre e solo chi lo avverte; si tratta dell'esperienza soggettiva multidimensionale che contempla: fattori sensoriali, emotivi, cognitivi e comportamentali. Tutti questi elementi devono essere tenuti in considerazione dall'infermiere al fine di valutare globalmente il paziente, comprenderne il problema di salute, ma anche la percezione del problema, il suo vissuto emozionale.

Il dolore può essere acuto o cronico; può essere vissuto in innumerevoli atteggiamenti/espressioni, essere esternato, manifestato, ostentato oppure sordo, introiettato, silente. Inoltre, il dolore può rappresentare veramente l'espressione di un problema serio oppure venire utilizzato come strumento di manipolazione per velocizzare percorsi di cura o ridurre l'attesa.

La determinazione del livello di dolore attraverso uno score è importante perché consente di allacciare a questo punteggio l'attribuzione di un codice di priorità; in altri termini, un livello elevato di dolore, in alcuni casi, determina l'attribuzione di un codice di priorità elevato anche in assenza di una compromissione dei parametri vitali. All'accesso del paziente, la documentazione e la valutazione del parametro dolore, definito come *quinto parametro vitale*, è essenziale perché aiuta a indirizzarlo in un appropriato percorso analgesico.

Si può quindi ritenere che una valutazione accurata sia il primo passo per approcciarsi a un dolore acuto e diventa essenziale per consentire di sviluppare un piano di gestione efficace dello stesso. Gli infermieri devono possedere competenze empatiche specifiche per ottenere una corretta anamnesi sulle caratteristiche del dolore, che al momento non possono essere sostituite da nessuna tecnica. Essi svolgono un ruolo importante nella valutazione del dolore, perché il rapporto diretto con i pazienti prevede una relazione improntata sul concetto di collaborazione ed è la massima espressione di cooperazione tra infermiere e utente.

Al momento in Italia non esiste un protocollo di triage codificato, validato e condiviso dalle maggiori Società Scientifiche, ma ciascun ospedale, seguendo le indicazioni della Legge del marzo 2010, si è attrezzato in modo autonomo per trattare il dolore a partire dal triage. Si tratta di un intervento, che pur comportando un certo carico di lavoro agli operatori in triage, permette di prendere da subito in carico la persona che si presenta con dolore, e i suoi bisogni.

Oligoanalgesia

Nel 1989, Wilson e Pendleton coniano il termine "oligoanalgesia" per definire un inadeguato ed inappropriato trattamento del dolore da parte dei medici di emergenza: in questo studio solamente il 44% dei pazienti con dolore riceveva un farmaco analgesico; inoltre era molto comune il fenomeno dell'*oppiofobia* ovvero il mancato utilizzo di analgesici oppioidi. È chiaro come soprattutto gli infermieri siano in prima linea nella gestione del dolore, ma, anche se negli ultimi 30 anni la consapevolezza di una inadeguata analgesia all'interno dei Pronto Soccorso ha iniziato ad aumentare, numerose evidenze dimostrano purtroppo come tale competenza infermieristica sia ancora inadeguata, nei DEA e non solo.

La scarsa attenzione al trattamento del dolore in Pronto Soccorso riconosce diverse cause, la maggior parte delle quali derivano da ostacoli di tipo culturale, cognitivo e psicologico.

La prima causa riguarda i tempi di trattamento (*door-to-drug time*) che sono risultati piuttosto lunghi, in particolare per i pazienti con dolore severo. Quest'aspetto potrebbe essere affrontato integrando nella normale procedura di triage un percorso che preveda la somministrazione di analgesici da parte dell'infermiere.

Tuttavia, se inserito in un contesto globale di maggiore attenzione al sintomo dolore, potrebbe generare effetti positivi maggiori del solo effetto analgesico, rafforzando nel paziente la sensazione di essere stato preso in carico dalla struttura sanitaria. In quest'ottica l'infermiere, per la sua formazione centrata sull'approccio globale ai problemi del paziente, può rappresentare in Pronto Soccorso il professionista di riferimento per il trattamento del dolore.

Nella "scheda di triage" non sempre viene segnalata la valutazione del dolore ed i relativi provvedimenti attuati, ma purtroppo è dimostrato che ancora oggi il 15-20% delle attività infermieristiche non vengono documentate. Una inadeguata documentazione del dolore rappresenta un fattore importante di oligoanalgesia, soprattutto per i pazienti anziani che afferiscono al DEA.

Un altro problema è costituito dalla scarsa percentuale di pazienti che riceve una terapia analgesica. Questo dato potrebbe essere correlato con lo strumento utilizzato per la valutazione del dolore: in studi comparativi sia il medico che l'infermiere tendono generalmente a sottostimare l'intensità del dolore del paziente. È pertanto indispensabile fare riferimento a strumenti di autovalutazione del dolore che aumentano la probabilità di ricevere una terapia analgesica.

In particolare, nei pazienti anziani con declino cognitivo le evidenze scientifiche attestano come questa popolazione sia a elevato rischio di inadeguato trattamento, anche perché il dolore si può manifestare sotto forma di cambiamenti del comportamento, quali agitazione psicomotoria ed aggressività.

Terzo aspetto, la mancanza di conoscenza e competenza nella valutazione del dolore e della sua corretta gestione è stata descritta come un altro fattore favorente l'oligoanalgesia al triage. Uno specifico programma di formazione e la presenza di linee guida per il trattamento del dolore sono pertanto indispensabili per una migliore gestione di tale sintomo e per una maggiore soddisfazione del paziente a partire dal triage.

Inoltre, analizzando il problema da un punto di vista psicologico, non bisogna dimenticare che un ambiente lavorativo altamente stressante ed il contatto continuo con la sofferenza delle persone, in particolare quando si deve agire tempestivamente con atti salva vita, possono in alcuni casi determinare un distacco dalla sofferenza dal paziente in carico.

Negli attuali contesti, lavorando troppo sotto pressione per soddisfare gli standard e gli obiettivi di cura, è più facile concentrarsi sugli aspetti tecnici della professione a discapito del "prendersi cura" in modo globale e olistico, e la gestione del dolore a volte viene considerata una bassa priorità. Dati della letteratura indicano che molti pazienti non comunicano esplicitamente agli infermieri dettagli sul loro dolore, a meno che non lo si chieda loro con specifiche domande. Alcuni sono spesso riluttanti

a interrompere gli infermieri impegnati nella loro pratica quotidiana per non gravare ulteriormente sul carico di lavoro; altri pazienti ancora pensano che il personale sanitario non li avrebbe creduti oppure evitano di segnalare il dolore per timore che vengano loro somministrati farmaci con rischio di effetti collaterali.

Scale di valutazione del dolore

La misurazione del dolore è parte fondamentale della valutazione e della strategia terapeutica per il suo controllo. Una corretta valutazione dell'intensità, della gravità e della durata del dolore è il primo passo importante per scegliere il trattamento farmacologico più adeguato da proporre al paziente.

Per la valutazione del dolore, la scelta più importante, al di là del tipo di scala, è quella delle condizioni correlate al suo utilizzo, ovvero: i descrittori, il metodo e le tempistiche di somministrazione, le informazioni relative all'uso della scala, l'interpretazione dei cut-off e la loro rilevanza clinica, le misure di esito e le analisi statistiche appropriate per gli studi clinici (Hjermstad MJ, *et al.* 2011). Quindi, la chiave per una gestione ottimale del dolore dipende, da un lato, dalla coerenza della scala con le capacità del paziente e, dall'altro, dall'attenta valutazione dei punteggi da parte dei professionisti sanitari.

Il dolore, essendo un'esperienza soggettiva, non visibile e non osservabile oggettivamente, non può essere quantificato in modo diretto e obiettivo; ne consegue che il dolore riferito dal paziente rimane il "gold standard" per la valutazione del sintomo.

In letteratura esistono diverse scale del dolore, ma non tutte sono adatte a essere somministrate durante la valutazione di triage. Abitualmente si utilizzano le scale di autovalutazione, ovvero il paziente dichiara il suo grado di dolore sulla scala che l'infermiere somministra. In alcuni casi tuttavia, quando il paziente non è in grado di esprimere il proprio dolore, è necessario ricorrere a scale di eterovalutazione. È l'operatore che, osservando il comportamento del paziente e analizzando alcuni parametri vitali, determina l'entità del dolore.

Le scale di eterovalutazione presentano però elevati rischi di disomogeneità nella rilevazione; acquistano invece rilevanza quando affiancano o integrano l'autovalutazione, generando così una determinazione del livello di dolore valutata con modalità mista, che prende in considerazione sia la soggettività del paziente che l'oggettività dell'operatore.

Scale del dolore self-report

Di seguito descriviamo brevemente alcune delle numerose scale del dolore che si basano sull'autovalutazione del paziente (self-report).

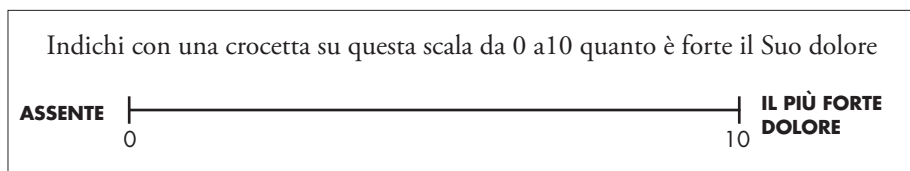
- La scala di valutazione numerica o *Numerical Rating Scale* (NRS) (Tabella 1) è una di quelle più comunemente usata. Questa scala è composta da una serie di numeri che vanno da 0 a 10 oppure da 0 a 100, a seconda dei vari modelli, corrispondenti a gradi crescenti di intensità del dolore. Il valore 0 è sinonimo di nessun dolore ed il valore 10 o 100 è sinonimo di peggior dolore. La persona assistita deve indicare il numero corrispondente all'intensità del dolore provato in quel momento, anche con una risposta verbale. Questa scala è di facile comprensione e viene compilata abbastanza rapidamente dalle persone che sono in grado di collaborare.

Tabella 1. Scala NRS (Numeric Pain Intensity Scale).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore lieve (I° grado)			Dolore moderato (II° grado)			Dolore severo (III° grado)			

- Meno frequentemente utilizzate sono le *scale visive analogiche* (Tabella 2).

Tabella 2. Scala Analogica Visiva.



La *Scala Analogica Visiva* o *Visual Analogue Scale* (VAS) rappresenta un'alternativa nella valutazione dell'intensità del dolore. Essa consiste in un righello generalmente lungo 10 cm con all'estremità di sinistra il valore minimo, equivalente a *nessun dolore* e all'estremità di destra il valore massimo, equivalente al *peggior dolore*. La scala, però, può essere rappresentata in modi diversi:

- con una linea numerata e calibrata lunga 10 cm;
- con una serie di quadrati adiacenti numerati da 0 a 100;
- con una striscia con colorazione di intensità crescente (scala cromatica visiva).

Le prime due varianti indicano un'espressione continua dell'intensità del dolore che può causare confusione nella persona e può comportare un maggior rischio di errore rispetto alla linea assoluta. Tuttavia la metodica fornisce una maggiore accuratezza rispetto alle scale numeriche o verbali in quanto consente la registrazione di intensità intermedie di dolore.

- La scala di valutazione *Faces Pain Scale* (Tabella 3) è uno strumento che presenta una serie di facce le quali, mediante diverse espressioni facciali che vanno dalla felicità al pianto, esprimono un progressivo grado di sofferenza.

Tabella 3. Faces Pain Scale.



Alla persona assistita è richiesto di indicare l'espressione facciale che rappresenta meglio l'intensità di dolore percepita. Ad ogni faccia viene assegnato un numero che quantifica l'intensità di tale dolore. Questo tipo di scala è molto utile nelle popolazioni con un basso livello di studi, con chi ha difficoltà nella comunicazione verbale o nei bambini molto piccoli.

- Sono stati progettati e testati nuovi metodi per migliorare la valutazione del dolore in DEA, come ad esempio l'*Automated Pain Tracker* (APT). L'APT è un'applicazione software che, inserita su un tablet collegato a un computer in sala di triage o in sala visita, consente ai pazienti di utilizzarla per segnalare i livelli di dolore e la necessità di una maggiore analgesia. Uno studio pilota con l'APT ha mostrato che questo dispositivo è associato ad un migliore controllo del dolore.

Eterovalutazione del dolore

Ancora troppo sovente medici ed infermieri ritengono prevalente la propria valutazione clinica nel poter giudicare la severità del dolore, affidandosi ad indizi comportamentali visualizzati sul paziente, quali le smorfie o le posture; tuttavia la concordanza tra la valutazione di atteggiamenti e comportamenti di un paziente con il dolore e la sua vera percezione è molto scarsa. In particolare il personale sanitario tende a sottostimare il dolore. Questa discrepanza evidenzia la necessità di una migliore comprensione dei fattori che possono influenzare le valutazioni soggettive da parte di personale sanitario su persone che si presentano in DEA per dolore, senza dimenticare che nei pazienti inabili a comunicare una valutazione corretta del dolore rappresenta un impegno molto difficile.

In particolare, nei bambini e pazienti anziani con declino cognitivo le evidenze scientifiche attestano come questa popolazione sia a elevato rischio di inadeguato trattamento, anche perché il dolore si può manifestare sotto forma di cambiamenti del comportamento, quali agitazione psicomotoria ed aggressività.

Lo standard per la valutazione anche in questi pazienti è il self-report. Le scale di osservazione appropriate in pazienti che non sono in grado di comunicare sono: la *Abbey pain scale*, *Assessment of discomfort in dementia protocol*, *Checklist of nonverbal pain indicators*, *Non communicative patient's pain assessment instrument*, *Pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate* (PASILAC e PACSLAC D REVISED), *Pain assessment in advanced dementia*, *Critical care pain observation tool* (CPOT) e ALGOPLUS (tabella 4). Viene raccomandato di applicare routinariamente queste scale in combinazione a un tentativo di self-report.

Tabella 4. Scala Algoplus per verificare la presenza di dolore in soggetti con decadimento cognitivo o inabili a comunicare verbalmente.

Scala ALGOPLUS
Scala di valutazione comportamentale del dolore acuto nella persona anziana con problemi di comunicazione verbale
<ul style="list-style-type: none"> • Sguardo (Sguardo distratto, fisso, lontano o supplichevole, pianto, occhi chiusi) • Lamenti verbali («ahi», «ohi», «fa male», gemiti, grida) • Corpo (Retrazione o protezione di una zona, rifiuto del movimento, postura statica) • Comportamento (Agitazione o aggressività, tendenza ad aggrapparsi)

Non esiste di fatto una superiorità di una scala rispetto a un'altra nella valutazione del paziente anziano inabile a comunicare, poiché nessuna di queste è stata appositamente testata in DEA. La scelta che induce a preferirne una può dipendere dalla facilità di somministrazione e dalla conoscenza specifica del personale sanitario. Più del tipo di scala utilizzata, è importante lo sforzo che dovrebbe essere fatto nella valutazione del dolore nei pazienti inabili a comunicarlo.

I vantaggi e gli svantaggi di queste scale di accertamento del dolore in pazienti con decadimento cognitivo o inabili a comunicare verbalmente sono riassunti in tabella 5.

Nuove scale

Ultimamente si sta valutando l'utilizzo di scale che considerino oltre al dolore soggettivo dal paziente, anche quello osservato dal personale sanitario. La rilevazione d'insieme (soggettiva e oggettiva) permette una corretta stima del sintomo dolore e fornisce importanti elementi per la valutazione di triage e la presa in carico della persona assistita.

La scala denominata *Pain Ruler*, nata alla fine degli anni '90 a Manchester, ma poco conosciuta, utilizzata prevalentemente in Inghilterra, ha dimostrato risultati di efficacia in termini di aderenza da parte degli infermieri di triage e di gestione del dolore. Questa scala è nata dall'esigenza di avere un pratico e maneggevole metodo di valutazione durante il triage.

Il *Pain Ruler* è una scala di rilevazione in cui è possibile misurare sia il livello del dolore riferito dal paziente che la limitazione funzionale arrecata al paziente, che è rilevata dall'infermiere di triage. I vantaggi di questo strumento sono la misurazione dell'intensità del dolore e degli effetti che il dolore ha sulle normali attività svolte dal malato, e l'uso di descrittori di limitazione delle attività associati a categorie differenti di dolore. Inoltre, è facile e semplice da usare, permette di includere velocemente alla valutazione di triage la rilevazione del dolore in termini numerici e l'infermiere di triage si sente maggiormente coinvolto nella rilevazione del dolore.

La scala prevede due versanti: quello inferiore, a uso dell'infermiere di triage, rileva la limitazione che il dolore comporta nelle normali attività dell'utente; nel versante superiore vi sono i livelli di dolore percepito dal paziente. Tra questi due versanti è presente una scala numerica da 0 a 10, che svolge una funzione di "media" tra i due valori dati dal paziente e dall'infermiere di triage.

Questa scala offre due possibilità di utilizzo:

- Metodo di utilizzo con scala numerica:
 - richiedere la valutazione soggettiva al paziente mediante NRS (previa corretta spiegazione del metodo, anche avvalendosi delle descrizioni presenti nella parte alta del righello);
 - valutare soggettivamente da parte dell'infermiere l'intensità del dolore espresso su scala NRS (sulla base del reperto oggettivo descritto nella parte bassa del righello);
 - calcolare la media matematica tra i due valori (valutazione soggettiva del paziente e oggettiva dell'infermiere).

Tabella 5. Scala di accertamento del dolore in pazienti con decadimento cognitivo o inabili a comunicare verbalmente.

Scala	Obiettivi della scala	Validazione del campione	Vantaggi in DEA	Svantaggi
Abbey Pain Scale	<p>Consiste nel valutare 6 indicatori biocomportamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● verbalizzazione ● espressione facciale ● cambiamento del linguaggio corporeo ● cambiamento del comportamento ● cambiamenti fisiologici (alterazioni di temperatura, polso o pressione arteriosa elevati, sudorazione, rossore o pallore) ● cambiamenti fisici (lacerazioni della pelle, lesioni da decubito, artrite, contratture, ferite precedenti) 	Lungodegenze con pazienti affetti da demenza in stadio avanzato	Richiede meno di 1 minuto	Nessuno
Assessment of Discomfort in Dementia Protocol	<p>Checklist basata su:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● multiple osservazioni (simptomi fisici, cambiamenti comportamentali, alterazione ritmo sonno-veglia) ● utilizzo di presidi non farmacologici ● appropriato uso di farmaci ● sinergia medico-infermiere ● presenza di un protocollo di cura 	Pazienti ricoverati in lungodegenza	Nessuno	<p>Presenza di un protocollo di cura focalizzato su questa tipologia di pazienti. La possibilità di utilizzare farmaci psicofici. Difficilmente utilizzabile in DEA</p>

segue

<p>Checklist of nonverbal pain indicators</p>	<p>È costituita da 6 indicatori del comportamento, valutati a riposo e durante l'attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vocalizzi (lamenti, gemiti, grida, respiro affannoso) • smorfie facciali (fronte corrugato, denti serrati) • presa (afferrare o tenersi al corrimano, al letto o alla zona colpita durante il movimento) • irrequietezza (agitazione) • frizioni (massaggiare la zona dolente) 	<p>Validato su pazienti con frattura di anca durante il trasferimento dal letto alla sedia</p>	<p>Molto appropriato per la valutazione del dolore acuto e del dolore da sedazione procedurale</p>	<p>--</p>
<p>Noncommunicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN) - Nursing Assistant - Administered Pain Assessment Instrument for use in Dementia</p>	<p>La scala valuta i comportamenti che esprimono dolore durante interventi assistenziali (bagno, trasferimenti, vestizione, alimentazione) ed alcuni indicatori che esprimono dolore (parole, espressioni del viso, suoni onomatopeici o lamenti, massaggi o movimenti per proteggere parti del corpo, irrequietezza, resistenza o rifiuto)</p>	<p>Residenze per anziani</p>	<p>Nessuno</p>	<p>Si effettua in almeno 5 min Alcune osservazioni non sono effettuabili in DEA</p>
<p>PACSLAC (Pain Assessment Checklist for seniors with limited Ability to communicate) PACSLAC-D Revised</p>	<p>Comprende 60 elementi di osservazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • espressioni facciali (13 punti) • movimenti del corpo • attività (20 punti) • socialità • personalità • umore (12 punti) • indicatori fisiologici • cambiamenti del comportamento alimentare • riposo e sonno • vocalizzazione (15 punti) 	<p>Pazienti residenti in lungodegenze con demenza ed inabilità a comunicare</p>	<p>Facile da utilizzare; è il preferito dal personale infermieristico</p>	<p>Nessuno</p>

<p>PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia scale)</p>	<p>Si osserva la presenza di 5 elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● respiro ● vocalizzazione ● espressione facciale ● linguaggio del corpo ● consolabilità 	<p>Reparto specializzato per dementi</p>	<p>Nessuno</p>	<p>Richiede più di 5 min di osservazione</p>
<p>CPOT (critical – care pain observation – tool)</p>	<p>Si osserva la presenza di 4 elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● espressione facciale ● movimenti del corpo ● tensione muscolare ● compliance con il ventilatore o vocalizzazioni 	<p>Adulti sottoposti ad intervento di cardiocirurgia</p>	<p>Meno di 1 minuto di osservazione</p>	<p>Nessuno</p>
<p>ALGOPLUS</p>	<p>Si osserva la presenza di 5 elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● espressione facciale ● sguardo ● pianto ● posizione del corpo ● comportamento atipico 	<p>Pazienti con età maggiore di 65 anni in DEA, unità riabilitativa, lungodegenza</p>	<p>Meno di 1 minuto di osservazione, specifica per valutare il dolore acuto in anziani inabili a comunicare</p>	<p>Nessuno</p>

- Metodo di utilizzo con scala descrittiva e funzionale.
 - richiedere la valutazione soggettiva al paziente invitandolo a identificare tra le definizioni di dolore presenti sulla parte superiore del righello quella che meglio descrive il suo stato (metodo descrittivo). Successivamente, richiedere di esprimere un valore numerico tra quelli indicati nel range della definizione scelta (si ottiene così un valore NRS);
 - valutare soggettivamente da parte dell'infermiere l'intensità del dolore individuando la definizione sulla scala funzionale (parte inferiore del righello) che meglio si adatta alla condizione osservata. Esprime quindi una valutazione con scala NRS, scegliendo un valore tra quelli previsti nel range indicato per quella definizione (anche in questo caso si ottiene un valore NRS);
 - calcolare la media matematica tra i due valori (valutazione soggettiva del paziente e oggettiva dell'infermiere).

Viene definita quindi *valutazione soggettiva* la valutazione del proprio dolore data dal paziente che si presenta in triage e *valutazione oggettiva* quella che l'infermiere produce sulla base della stima delle limitazioni funzionali determinate sul paziente dal dolore. Il tentativo è di dare una stima il più possibile aderente alla realtà non viziata da fattori confondenti e quindi di avvicinarsi quanto più possibile alla “valutazione oggettiva” vera e propria. A seconda delle realtà operative può essere necessario definire ulteriori e più dettagliati descrittori per la parte che guida la valutazione oggettiva dell'operatore.

L'approccio alla valutazione del dolore con questo metodo necessita di ulteriori sperimentazioni e deve essere assoggettato a una formazione specifica che consenta all'infermiere di triage di esprimere il proprio giudizio con competenza e professionalità, svincolato da ogni condizionamento; sicuramente, se correttamente applicato, genera un risultato affidabile che può essere utilizzato nella costruzione dei protocolli di reparto.

Somministrazione di analgesia al triage

Diverse strategie sono state proposte per migliorare la gestione del dolore nelle persone in attesa dopo la valutazione effettuata in triage. La maggior parte degli interventi è stato indirizzato a ridurre il tempo di somministrazione di un analgesico ricorrendo alla stesura di protocolli a partire dal triage.

La somministrazione di un analgesico al triage rappresenta pertanto un'opportunità, e recenti studi dimostrano come un protocollo di trattamento del dolore riduca il tempo di somministrazione, indipendentemente da razza, sesso o classe sociale.

Altri studi dimostrano come una scarsa conoscenza della lingua, un'età maggiore di 56 anni ed avere ricevuto un trattamento analgesico già in ambulanza possano costituire fattori legati a una minore probabilità di ricevere analgesici, indicando come questi sottogruppi di pazienti possano essere a rischio di un trattamento subottimale del dolore.

Bisogna inoltre considerare che non tutti i pazienti che giungono in Pronto Soccorso desiderano necessariamente un analgesico al triage. Le ragioni del rifiuto includono la sopportabilità del dolore senza analgesico, la paura che la somministrazione

di analgesico possa mascherare i sintomi e compromettere una corretta procedura diagnostica del medico, e il dubbio che il paracetamolo potesse essere inadeguato ed inefficiente per il trattamento del dolore.

La formazione del personale sanitario riveste un ruolo importante al fine di acquisire un'adeguata competenza per migliorare la pratica dell'analgesia, ma contestualmente un ruolo essenziale lo ricopre il paziente, che fino nel 60% dei casi rifiuta l'analgesico. Cambiare tale comportamento può essere altrettanto difficile ed impegnativo. La relazione da parte dell'infermiere diventa la base per orientare le scelte del paziente; il linguaggio usato, le modalità espressive e la fiducia che si riesce a stabilire nel proporre il trattamento può essere fondamentale per accettarlo.

Appare interessante come ancora oggi la metà delle persone con dolore preferiscano aspettare di essere visitate dal medico o, ancor peggio, preferiscano convivere con il proprio dolore piuttosto che accettare il trattamento analgesico. Non è facile dare una spiegazione per tale atteggiamento, nel quale certamente si mescolano valenze di tipo culturale e soggettivo. È possibile che il paziente non ancora visitato dal medico abbia difficoltà ad accettare la proposta terapeutica che gli viene offerta da una figura professionale come l'infermiere, che nell'immaginario collettivo viene vista ancora dipendente dalle disposizioni del medico e limitata nella propria autonomia, pur agendo all'interno di un percorso strettamente definito.

Soddisfazione dei pazienti

Il dolore è uno dei sintomi per il quale disponiamo di una grande armamentario terapeutico, ma in Pronto Soccorso ancora troppe volte viene poco trattato; una delle criticità maggiori è dovuta al fatto che il personale sanitario in DEA, nella realtà dei fatti, spesso non ha occasione né tempo per rivalutare l'intensità del dolore del paziente dopo il primo contatto al momento della visita. La rivalutazione del dolore è un punto fondamentale per un programma di educazione volto a migliorarne la gestione.

Tuttavia, non c'è da stupirsi nel riscontrare che i pazienti tendono a riportare alti livelli di soddisfazione alla dimissione; infatti la soddisfazione dei pazienti deriva dalla propria valutazione dell'assistenza sanitaria e dall'interazione con gli operatori, e non rappresenta necessariamente la qualità dell'analgesia. Il sollievo dal dolore può essere considerato una componente della soddisfazione dei pazienti, anche se quelli che desiderano e ricevono un trattamento analgesico rappresentano il gruppo con più alto grado di soddisfazione. Però altri aspetti dell'interazione, come l'empatia e l'informazione, possono fornire contributi importanti per la soddisfazione rispetto al fatto del provvedere all'analgesia, intesa solamente come somministrazione di farmaci.

Conclusioni

Un programma di educazione sul trattamento del dolore, che coinvolga i medici e gli infermieri, è di fondamentale importanza per migliorare la pratica dell'analgesia. L'analgesia precoce è però auspicabile, non solo quale risposta allo specifico bisogno di benessere dell'individuo, ma quale dimostrazione etica di rispetto per la persona

sofferente. Il dolore acuto genera infatti modificazioni fisiopatologiche, note come “reazioni da stress”, estremamente dannose per la persona.

In questo ambito però sono molte e variegate le difficoltà che l’infermiere incontra nell’approccio al paziente sofferente, sia in termini di valutazione che di trattamento. Un protocollo di analgesia, sviluppato dal personale medico e avviato dall’infermiere al triage, può rappresentare una soluzione per controllare rapidamente il dolore e può diventare parte integrante dell’assistenza. Una diminuzione del tempo per l’iniziale somministrazione di analgesici, nei DEA in cui sono in uso protocolli di analgesia avviata dall’infermiere, è considerata oramai una consolidata pratica scientifica descritta in letteratura.

Inoltre è auspicabile una continua modernizzazione dei protocolli infermieristici, prevedendo per esempio l’introduzione di farmaci analgesici più potenti come gli oppioidi sin dall’arrivo al triage. Questa implementazione potrebbe accrescere la competenza e la consapevolezza degli operatori sanitari nella gestione di farmaci anche particolarmente potenti.

In particolare, oltre ad un appropriato trattamento farmacologico, si fa sempre più pressante la necessità di una modalità di somministrazione sicura, di rapida esecuzione e poco invasiva.

Per ottenere però una maggior diffusione della pratica dell’analgesia non è sufficiente intervenire sugli operatori sanitari, ma anche sulla popolazione, nella quale, ad oggi, la consuetudine di pensiero secondo cui il dolore non va combattuto ma “sopportato” è ancora notevolmente, per non dire eccessivamente, diffusa come dimostrato dall’elevata percentuale di persone che ha addotto tale motivazione al non desiderio di analgesia.

Per agevolare il lento, ma necessario, cambiamento culturale riguardo al controllo del dolore può rendersi utile una campagna di sensibilizzazione della popolazione al fine di abbattere gli innumerevoli pregiudizi e tabù, tutt’oggi fortemente radicati, e favorire una maggiore conoscenza, elemento indispensabile per consentire all’assistito scelte autonome e coerenti con i suoi principi e valori, come espresso nel codice deontologico dell’infermiere.

Bibliografia di riferimento

- Allione A, Melchio R, Martini G, Dutto L, Ricca M, Bernardi E, Pomero F, Menardo V, Tartaglino B. Factors influencing desired and received analgesia in emergency department. *Intern Emerg Med* 2011 Feb; 6(1): 69-78.
- Barksdale AN, Hackman JL, Williams K, Gratton MC. ED triage pain protocol reduces time to receiving analgesics in patients with painful conditions. *Am J Emerg Med* 2016 Aug 27.
- Boldt I, Eriks-Hoogland I, Brinkhof MWG, Bie RA, von Elm E. Non-pharmacological interventions for chronic pain in people with spinal cord injury. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011.
- Carr EC. Refusing analgesics: using continuous improvement to improve pain management on a surgical ward. *J Clin Nurs* 2002; 11: 743-52.
- Cooney MF, Czarnecki M, Dunwoody C, Eksterowicz N, Merkel S, Oakes L, Wuhrman E. American Society for Pain Management Nursing position statement with clinical practice guidelines: authorized agent controlled analgesia. *Pain Manag Nurs* 2013 Sep; 14(3): 176-81.

- Ducharme J, Tanabe P, Homel P, Miner JR, Chang AK, Lee J, Todd KH. Pain and Emergency Medicine Initiative Study Group. The influence of triage systems and triage scores on timeliness of ED analgesic administration. *Am J Emerg Med* 2008 Oct; 26(8): 867-73.
- Fosnocht DE, Swanson ER. Use of triage pain protocol in the ED. *Am J Emerg Med* 2007; 25: 791-3.
- Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, et al. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs* 2011; 12: 230-250.
- Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010.
- Palermo P, Fagiani A, Bottino G, Crocco L, Luparia A. L'infermiere di triage nella gestione precoce del dolore acuto in Pronto Soccorso. *Emergency Care Journal* Febbraio 2007; 3-1: 37-42.
- Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med* 2008; 51: 1-5.
- Raftery KA, Smith-Coggins R, Chen AH. Gender-associated differences in emergency department pain management. *Ann Emerg Med* 1995; 26: 414-421.
- Seguin D. A nurse initiated pain management advanced triage protocol for ED patients with extremity injury at a level 1 trauma center. *J Emerg Nurs* 2007; 30: 330-5.
- Taylor DM, Chen J, Khan M, Lee M, Rajee M, Yeoh M, Richardson JR, Ugoni AM. Variables associated with administration of analgesia, nurse-initiated analgesia and early analgesia in the emergency department. *Emerg Med J* 2016 Oct 27.