

**PROGETTO DI CONTROLLO
DEL DOLORE
IN PRONTO SOCCORSO:
*l'introduzione
di strumenti di valutazione***

**Tratto da "IL COORDINATORE E LA POLITICA DI CONTROLLO DEL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO: *l'introduzione di strumenti di valutazione*" - "Master in Management per le Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche"-
Aa 2007/08 – Università degli studi di Ge- studente P. Nunziante**

PREMESSA

***Date al dolore la parola;
il dolore che non parla,
sussurra al cuore
oppresso e gli dice
di spezzarsi.¹***

Circa 2 anni fa, durante uno dei tanti pomeriggi, in servizio in Pronto Soccorso, arriva un politraumatizzato nella stanza del codice rosso, accompagnato da medico e infermiere del 118; lo accolgo e, immediatamente mi rendo conto che si tratta di un collega, Rino, un caro collega con cui ho lavorato per molti mesi, nell'U.O. di Rianimazione.

Rino è cosciente, ha forti dolori che, malgrado le mie continue sollecitazioni, il medico non ha voluto sedare, per paura che si alterassero i parametri stabili e "per non falsare il quadro".

Il povero Rino, ha dovuto sopportare la sofferenza, per tutto il suo lungo iter diagnostico, al termine del quale, è stato ricoverato in Medicina d'Urgenza, con la diagnosi di fratture costali multiple e pneumotorace, di cui non si è ritenuto necessario il drenaggio.

All'arrivo in reparto, finalmente riceve i suoi antidolorifici e le sue condizioni migliorano ma, il giorno dopo comincia a peggiorare, i parametri si alterano e viene trasferito in Rianimazione, dove gli riscontrano una lesione sanguinante del diaframma: nella notte entra in sala operatoria, dove, con difficoltà, il problema viene risolto.

Non potrò mai dimenticare quello sguardo che mi implorava di fargli passare il dolore e a cui, non ho potuto fornire una risposta efficace, a vantaggio di una diagnosi, che si è poi rivelata, errata o incompleta, comunque!

Quello sguardo che, forse ho potuto cogliere a causa dell'affetto che provo per il collega, mi è entrato dentro e rende, per me inaccettabile ogni rifiuto a somministrare la dovuta terapia antalgica; da allora Rino si ripresenta, ogni volta che vedo soffrire qualcuno e, ogni volta so che quella sofferenza è inutile e, come tale rappresenta un sopruso contro la persona umana; da quel momento, il dolore non è più una conseguenza ineluttabile della malattia, ma rappresenta un problema della persona che ho di fronte e che, deve essere risolto.

Questa consapevolezza mi ha portato a pensare all'introduzione di strumenti valutazione del dolore, come primo passo, verso una sua efficace gestione.

INTRODUZIONE

Questo lavoro si propone come **OBIETTIVO GENERALE:**

¹William Shakespeare- Macbeth, IV, 3

- Garantire omogeneità e efficacia delle prestazioni erogate da tutti gli infermieri dell'U.O. di Pronto Soccorso del PO S. Andrea di La Spezia, attraverso la pianificazione e la realizzazione di un progetto, per la gestione del dolore nell'utente adulto, in Pronto Soccorso

attraverso i seguenti **OBIETTIVI SPECIFICI**

1. introdurre la scala di valutazione numerica verbale VSN
2. introdurre la scala di sollievo dal dolore

Il progetto è rivolto all'utente adulto, in quanto l'utente in età pediatrica, dopo l'inserimento al triage, con assegnazione di codice colore, viene immediatamente dirottato, tramite richiesta di consulenza pediatrica, al Pronto Soccorso Pediatrico, qualunque sia il codice assegnato.

ORIENTAMENTI NORMATIVI

La tradizione culturale ha sicuramente influenzato l'atteggiamento nei riguardi del dolore, spesso giudicato come naturale o addirittura necessario accompagnamento della malattia.

Il pensiero attuale non vede il dolore come elemento inevitabile, ma come elemento da analizzare ed eliminare.

1.1 Gli orientamenti internazionali

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), la Salute è

"Uno stato di **completo benessere** fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità."²

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore:

"Una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale. Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva. Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate ad una lesione durante i primi anni di vita. Sicuramente si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una carica emozionale".³

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) insiste sulla necessità di trattare questo sintomo e il consumo di morfina in terapia è indicato come parametro di avanzamento sociale di una nazione.

² (OMS 1948)

³ (International Association for the Study of Pain - 1986)

La **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JACHO)** richiede, nei suoi standard di qualità, che tutti i pazienti vengano valutati per il dolore e che di conseguenza ne abbiano un trattamento adeguato.

L'ultima revisione dei criteri di accreditamento all'eccellenza clinica (che riguarda non solo il progresso scientifico e tecnico ma anche il progresso relazionale ed umano) elaborata dalla Joint Commission americana attribuisce grande rilevanza alla gestione del dolore in tutte le sue manifestazioni.

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

1. Diritto del paziente ad essere trattato contro il dolore
2. Valutare e documentare presenza, natura ed intensità del dolore in tutti i pazienti (V segno vitale unitamente a pressione sanguigna, polso, temperatura e frequenza respiratoria)
3. Assicurare la competenza del personale nella valutazione e trattamento del dolore
4. Stilare protocolli per un adeguato trattamento del dolore
5. Educare i pazienti e i familiari per un effettivo controllo del dolore
6. Soddisfare i bisogni del paziente per il trattamento dei sintomi dopo la dimissione

Nonostante le raccomandazioni della JACHO e delle società scientifiche, l'inadeguatezza del trattamento del dolore in emergenza è ampiamente documentata e la percentuale di pazienti che non viene trattata, è molto elevata.

1.2 La normativa nazionale

La normativa sull'"Ospedale senza Dolore" pubblicata sulla gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana – Serie generale – n. 149 del 29-06-2001, accordo tra Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome, emana le linee guida per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore".

Le linee guida raccomandano gli interventi da introdurre, nell'ambito dei servizi e dell'assistenza del paziente, con lo scopo di monitorare il livello di dolore e trovare il modo di alleviare le sofferenze causate dalla malattia in corso; in particolare quelle derivanti da tumori.

Il progetto si articola in diverse fasi: preliminare, formativa, organizzativa, d' applicazione sperimentale e di mantenimento. Questi "step" devono essere seguiti e posti in essere secondo quest'ordine e sono necessari alla attuazione su tutto il territorio nazionale del progetto "Ospedale senza dolore".

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

La preparazione a livello tecnico degli staff ospedalieri è seguita dal Comitato in collaborazione con i Poli Universitari. E' il **coordinatore**, il referente per le équipe che curano e tengono sotto osservazione il malato. Quest'ultimo compito è svolto dagli

infermieri che devono controllare almeno due volte al giorno il livello di dolore di ogni utente, dal momento del ricovero fino alle sue dimissioni.

La misurazione del livello di dolore avviene attraverso una "scala validata" e/o con strumenti che tengano conto di condizioni quali l'età, lo stato fisico e psichico, il sesso, la presenza dei famigliari.

Farmaci antidolore. Una delle attività del Comitato è, inoltre, quella di assicurare la disponibilità e la somministrazione di farmaci antidolorifici (oppioidi). La costituzione, oltre quelle già esistenti, di strutture specialistiche di Terapia del dolore e per le Cure palliative è un'altra delle priorità espresse nel documento elaborato dalla Commissione.

Lavoro d'équipe. Al Comitato spetta, come già detto il ruolo di coordinare l'attuazione delle varie fasi del progetto e il suo sviluppo operativo e di referente per le équipe medico-ospedaliere che hanno in carico il malato sia per la gestione e la comprensione dei dati che per le eventuali osservazioni che necessitano di spiegazione. Al Comitato spetta inoltre la funzione di Garante della buona attuazione di tutto il progetto, al centro del quale si deve trovare il malato.

Nuova cultura. Il progetto "Ospedale senza dolore", insieme al piano sulle cure palliative e alla legge sugli oppioidi, sono l'atto finale di un radicale cambiamento culturale e comportamentale nei confronti del problema dolore e della sofferenza umana troppo spesso e troppo a lungo disatteso.

Tale legge non è ancora stata recepita dalla regione Liguria che, nei suoi ultimi 2 Piani Sanitari Regionali, non menziona neanche una volta la parola "dolore" mentre il *Comitato Ospedale senza dolore è già presente in Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Piemonte, Trentino, Lazio, Campania, Veneto.*

1.3 La normativa infermieristica

IL PROFILO PROFESSIONALE

Decreto 14 settembre 1994, n. 739

Articolo 1

1 - E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è **responsabile** dell'assistenza generale infermieristica.

2 - L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, **palliativa** e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

3 - L'infermiere:

- a) partecipa all'**identificazione dei bisogni** di salute della persona e della collettività;
- b) **identifica i bisogni** di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) **pianifica, gestisce e valuta** l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;

Legge 26 febbraio 1999, n. 42

"Disposizioni in materia di professioni sanitarie"

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonchè in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "**professione sanitaria**".

Legge 10 agosto 2000, n. 251

"Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonchè della professione ostetrica"

Art. 1.

(Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica)

Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con **autonomia professionale** attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonchè dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di **pianificazione per obiettivi dell'assistenza**.

II CODICE DEONTOLOGICO 2009⁴

Articolo 1

*L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'**assistenza** infermieristica*

Articolo 3

*La responsabilità dell'infermiere consiste **nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura** della persona nel rispetto della **vita, della salute, della libertà e della dignità** dell'individuo.*

Articolo 6

⁴ *(Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio)*

L'infermiere riconosce la **salute** come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e **palliazione**.

Articolo 20

L'infermiere **ascolta**, informa, coinvolge l'assistito e **valuta** con lui i **bisogni** assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

Articolo 34

L'infermiere si attiva per **prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza**. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo **l'importanza della palliazione** e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Dagli articoli del nuovo codice deontologico si evince che il professionista non può ignorare il "problema dolore", per riuscire a svolgere il suo mandato che gli impone di assistere e prendersi cura dell'assistito e valutare con lui i suoi bisogni verso il loro soddisfacimento.

Il nuovo Codice Deontologico, inoltre, ha fatto un passo avanti nell'attenzione al dolore, introducendo il concetto di palliazione.

1.4 I diritti degli utenti

Carta dei diritti sul Dolore inutile⁵

1) Diritto a non soffrire inutilmente

Ciascun individuo ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza nella maniera più efficace e tempestiva possibile.

In passato ignoranza, pregiudizi e rassegnazione hanno impedito che si affrontasse in maniera adeguata il dolore connesso alla malattia. In realtà il dolore è un sintomo che va curato con la stessa attenzione riservata alle patologie per evitare che si cronicizzi e diventi esso stesso "malattia". E' necessario, pertanto, che si crei un nuovo approccio culturale al tema della sofferenza e del dolore inutile e che la terapia del dolore diventi

⁵ Presentata dal tribunale per i diritti del malato il 28 aprile 2006 a Roma

parte integrante del percorso terapeutico. Ogni individuo ha diritto di sapere che il dolore non va necessariamente sopportato, ma che gran parte della sofferenza può essere alleviata e curata intervenendo con la giusta terapia. Il dolore deve essere eliminato o, almeno, attenuato in tutti i casi in cui sia possibile farlo poiché esso incide in maniera pesante sulla qualità della vita. E' un diritto che deve essere riconosciuto e rispettato sempre e ovunque, dai reparti ospedalieri alle strutture di lungodegenza, dal pronto soccorso al domicilio del paziente.

2) Diritto al riconoscimento del dolore

Tutti gli individui hanno diritto ad essere ascoltati e creduti quando riferiscono del loro dolore.

Il dolore è caratterizzato da una forte componente soggettiva, poiché la sofferenza è influenzata da numerosi fattori individuali, come avvalorato anche dalla letteratura. Per intervenire nella maniera più adeguata, gli operatori hanno il dovere di ascoltare, prestare fede e tenere nella massima considerazione la sofferenza espressa. Il cittadino deve essere libero di riferire il dolore provato, con la terminologia che gli è propria, e assecondando le proprie sensazioni, senza temere il giudizio dell'operatore, che deve impegnarsi ad interpretare al meglio quanto il paziente cerca di comunicare.

3) Diritto di accesso alla terapia del dolore

Ciascun individuo ha diritto ad accedere alle cure necessarie per alleviare il proprio dolore.

Attualmente persistono numerosi limiti all'accesso alla terapia del dolore. L'ostacolo maggiore è rappresentato da pregiudizi di ordine culturale, che perdurano nella classe medica, anche in seguito alla carenza di formazione specifica sia al livello universitario, che nei momenti di aggiornamento professionale. Ad aggravare queste resistenze si aggiungono procedure eccessivamente rigide, quali la mancata considerazione di alcune tipologie di dolore, varie preoccupazioni di ordine economico-finanziario e la diffusa inadeguatezza delle strutture sanitarie. Per rendere accessibile la terapia del dolore sono indispensabili il riconoscimento e la condivisione di alcuni presupposti fondamentali:

- la considerazione e la cura del dolore provato dal paziente dovrebbero rappresentare, per tutti i componenti dell'équipe assistenziale, uno standard di qualità professionale e un dovere deontologico, a prescindere dalle convinzioni etiche, religiose o filosofiche, allo scopo di garantire all'assistito la migliore qualità di vita possibile;
- tutte le tipologie di dolore meritano uguale considerazione, indipendentemente da quale sia la patologia o l'evento che ne è all'origine. Hanno quindi pari diritto di essere curati nel loro dolore non solo quanti affrontano le fasi terminali della vita, ma anche coloro che soffrono di dolore cronico non da cancro e acuto (da parto, da trauma, da intervento chirurgico, o che necessitano di primo intervento al pronto soccorso); in particolare, tutte le donne dovrebbero essere messe nelle condizioni (compatibilmente con la situazione clinica) di partorire senza dolore;

- il servizio sanitario pubblico deve essere in grado di assistere un'adeguata assistenza al dolore sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie. Queste ultime dovrebbero garantire un servizio di terapia del dolore (semplice o complesso, in funzione della qualità e quantità delle prestazioni erogate) qualitativamente conforme alle più recenti linee guida internazionali e in grado di assicurare un trattamento idoneo a tutti i soggetti bisognosi. L'accesso alla terapia sul territorio va garantito, soprattutto, attraverso le prestazioni al domicilio del paziente, facendo riferimento alle linee guida dell'OMS, predisponendo procedure di prescrizione e somministrazione dei farmaci più semplici ed evitando sospensioni della continuità assistenziale;

- i farmaci e le tecniche per la terapia del dolore, e tutti gli strumenti tecnici propedeutici alla loro corretta somministrazione, devono essere compresi tra le prestazioni che il servizio sanitario pubblico garantisce effettivamente a tutti i cittadini. Ogni persona ha il diritto di accedere a procedure innovative secondo gli standard internazionali, senza che possano essere accampati impedimenti di carattere economico o finanziario.

4) Diritto ad un'assistenza qualificata

Ciascun individuo ha diritto a ricevere assistenza al dolore, nel rispetto dei più recenti e validati standard di qualità.

Ogni persona ha diritto a ricevere assistenza al dolore da operatori adeguatamente formati e aggiornati, in maniera che sia garantito il rispetto degli standard di qualità internazionali. E' necessario che la conoscenza del problema "dolore" (ormai considerato il quinto segno vitale), della sua quantificazione (misura del dolore) e delle possibilità di trattamento divengano patrimonio professionale di tutti gli operatori sanitari, in maniera che sia sempre garantita al cittadino la possibilità di veder alleviata la sua sofferenza, anche in assenza di specialisti della materia. Sarebbe opportuno che la misurazione del dolore avvenisse con metodi validati al livello internazionale e che la relativa registrazione fosse indicata nella cartella clinica. E' inaccettabile che, persino quando le leggi prevedono strumenti atti a facilitare la prescrizione di farmaci oppiacei, il ricorso ad essi risulti, di fatto, negato per impreparazione o indisponibilità di medici ed operatori.

5) Diritto ad un'assistenza continua

Ogni persona ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza con continuità e assiduità, in tutte le fasi della malattia.

Il dolore deve essere monitorato regolarmente in tutte le fasi della malattia; la continuità assistenziale potrebbe essere messa in discussione da un'inadeguata attenzione allo sviluppo della patologia e dal venir meno dell'indispensabile rimodulazione della terapia. Particolare attenzione rispetto alla continuità della cura va posta nel passaggio dall'ospedale al territorio, evitando situazioni di discontinuità per irreperibilità degli operatori o indisponibilità di farmaci e presidi.

6) Diritto ad una scelta libera e informata

Ogni persona ha diritto a partecipare attivamente alle decisioni sulla gestione del proprio dolore.

Ogni decisione presuppone un'informazione corretta, completa e comprensibile, che tenga conto del livello culturale del paziente e del suo stato emotivo. Ogni intervento terapeutico finalizzato ad alleviare la sofferenza va concordato e modulato, nella qualità e nell'intensità, in accordo pieno e consapevole con la volontà del paziente, secondo i principi sui quali si fonda un buon consenso informato. Ogni persona ha il diritto di ricevere risposte pronte ed esaurienti ai suoi interrogativi, e di disporre di tutto il tempo necessario ad assumere le decisioni conseguenti.

7) Diritto del bambino, dell'anziano e dei soggetti che "non hanno voce"

I bambini, gli anziani e i soggetti che "non hanno voce" hanno lo stesso diritto a non provare dolore inutile.

La valutazione ed il trattamento del dolore in età pediatrica sono stati a lungo ignorati. La medicina ufficiale, infatti, spesso si accontenta di trasferire sui bambini le conoscenze già sviluppate sugli adulti piuttosto che avviare ricerche e studi appositi, che tengano conto delle specificità della condizione infantile e delle sue implicazioni psicologiche. La paura e l'ansia, presenti in tutti i soggetti a contatto con la malattia, assumono caratteristiche peculiari nei piccoli malati, nelle persone con disagi psichici o con gravi handicap mentali e in alcuni anziani. In questi soggetti la sofferenza trova difficoltà ad essere espressa e la sua lettura non viene registrata adeguatamente per mancanza di un approccio integrato.

8) Diritto a non provare dolore durante gli esami diagnostici invasivi e non

Chiunque debba sottoporsi ad esami diagnostici, in particolare quelli invasivi, deve essere trattato in maniera da prevenire eventi dolorosi.

Alcuni esami diagnostici invasivi non vengono affrontati serenamente quando incutono timore per il dolore che possono provocare.

CARTA EUROPEA DEI DIRITTI DEL MALATO⁶

Art 11. *Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari.*

Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.....

⁶ Presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002 e approvata nel marzo del 2007, risultato di un lavoro congiunto tra il Tribunale per i Diritti del Malato e 15 organizzazioni civiche

*"Il dolore... tutto quello che una persona che lo prova dice che sia, esistendo ogni qualvolta si affermi che esista."*⁷

GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

***"Nulla e' cosi' facilmente
soportabile
come il dolore
degli altri"***⁸

Essendo un'esperienza soggettiva, l'autovalutazione dell'utente è da considerarsi la regola per la misurazione del dolore. Infatti, numerosi studi hanno evidenziato la sottostima derivante da una valutazione esterna: infermieristica e medica. La valutazione esterna rimane indispensabile per le persone che non sono in grado di esprimersi, i neonati e i bambini, handicappati mentali, anziani con demenza.

Le caratteristiche di un test valido sono:

- Facilità di utilizzo
 - Velocità di registrazione e elaborazione dei dati.
 - Comprensibile a tutti
 - Deve soddisfare i criteri di
- a) Validità: il grado in cui un test valuta ciò che intende misurare.
- b) Sensibilità: evidenzia i cambiamenti relativi alla terapia.
- c) Affidabilità o grado di ripetibilità: il test deve essere ripetibile in circostanze simili.

Sistemi di valutazione nell'adulto

VRS (Visual Rating Scale)

⁷ M. McCaffery 1983

⁸ "Rochefoucauld"

- NESSUN DOLORE
- DOLORE MODERATO
- DOLORE INTENSO
- DOLORE LIEVE
- DOLORE MOLTO INTENSO

Serie di descrittori dal più debole al più intenso (assenza di dolore.....il peggior dolore possibile).

Un punteggio di 0 è assegnato al descrittore di minore intensità, 1 a quello successivo ecc.

La persona sceglie il descrittore che più si avvicina alla sua sensazione dolorosa.

L'ordinamento casuale evita la scelta preferenziale, dovuta alla posizione, facendo puntare l'attenzione sul valore semantico del descrittore.

Semplice da somministrare, ha dimostrato affidabilità e validità.

VSN (Scala di Valutazione Numerica Verbale):

Serie di numeri da 0 a 10 o da 0 a 100 il cui punto di inizio e di fine rappresentano gli estremi del dolore provato.

L'utente sceglie il numero che corrisponde meglio al suo dolore.

E' semplice e ha dimostrato affidabilità e validità.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VAS (Visual Analogue Scale)

Una linea di 10 cm orizzontale o verticale con due punti di inizio e fine, contrassegnati con "assenza di dolore" e "il dolore peggiore mai sentito".

La persona deve mettere un punto al livello di intensità che prova.

E' semplice e breve da somministrare e da assegnare il punteggio.

Presenta delle limitazioni nei malati con difficoltà motorie e percettive, alcuni non riescono a comprendere le istruzioni.

MC GILL PAIN QUESTIONNAIRE

Classificazione di 102 termini che descrivono differenti aspetti del dolore.

I termini sono suddivisi in tre classi maggiori, sensoriale, emotivo-affettiva, valutativa, e 16 sottoclassi che contengono un gruppo di parole considerate qualitativamente simili.

Vi è aggiunta una **VRS**, per misurare l'intensità del dolore presente, e un **disegno** di un corpo umano, visto davanti e dietro, per indicare la localizzazione.

Ha dimostrato validità, affidabilità, coerenza, sensibilità e utilità.

Possiede una potenziale possibilità di aiutare nella diagnosi differenziale, in quanto ogni tipo di dolore è caratterizzato da

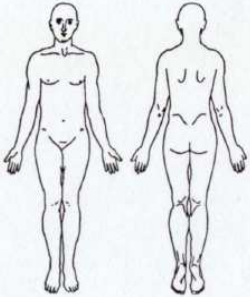
una distinta costellazione di descrittori verbali. Tale possibilità può essere invalidata da alti livelli di ansia e altri disturbi psicologici che possono produrre un alto punteggio della dimensione affettiva, in più anche certe parole chiave specifiche di sindromi, possono essere assenti.

Ne esistono almeno due versioni italiane (Italian Version of

MPQ, Italian Pain Questionnaire)

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ AM/PM

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

1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBING BEATING POUNING	11 TIRING EXHAUSTING	BRIEF _____ MOMENTARY _____ TRANSIENT _____	RHYTHMIC _____ PERIODIC _____ INTERMITTENT _____	CONTINUOUS _____ STEADY _____ CONSTANT _____
2 JUMPING FLASHING SHOOTING	12 SICKENING SUFFOCATING			
3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING			
4 SHARP CUTTING LACERATING	14 PUNISHING GRUELING CRUEL VICIOUS KILLING	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> E = EXTERNAL I = INTERNAL </div>		
5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	15 WRETCHED BLINDING			
6 TUGGING PULLING WRENCHING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> COMMENTS: </div>		
7 HOT BURNING SCALDING SEARING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING			
8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING			
9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19 COOL COLD FREEZING			
10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING			
	0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING			

SF-MPQ: short form del Mc Gill Pain Questionnaire

Consiste in 15 parole rappresentative della porzione riguardante la qualità sensoriale e la qualità affettiva, scelte perché usate, più frequentemente, dalle persone con vari tipi di dolore. E' correlata con il MPQ e sensibile e sembra adatta anche alle persone anziane.

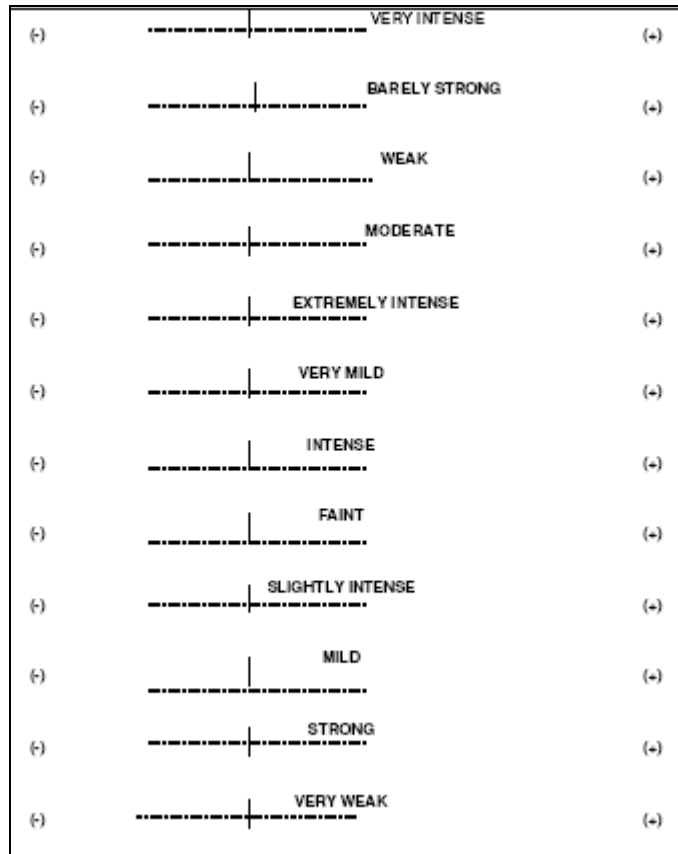


Descriptor Differential Scale

Valuta separatamente l'intensità sensoriale e il fastidio.

Consiste in 12 descrittori, posti al centro di una scala a 21 punti con un segno meno al livello più basso e più a quello più alto.

E' assegnato un punteggio da 0 (-) a 20 (+) a ogni descrittore: un punteggio di 10 indica un'intensità uguale a quella del descrittore.



INFERMIERI E DOLORE

Nel percorso intrapreso dalla medicina e dal nursing in questi ultimi anni, l'attenzione per la persona con dolore è protagonista importante che coinvolge tutti coloro che partecipano alla salute e al benessere dell'individuo.

Questo cammino rappresenta un difficile cambiamento per tanti professionisti, dove individuare, valutare e gestire il dolore implica conoscere, avere esperienza ma anche possedere i mezzi idonei per la situazione, e in cui spesso la disponibilità al superamento del presente per progredire verso il futuro, si scontra con la tendenza al mantenimento delle consuete abitudini.

Il dolore è un'esperienza soggettiva che non si lascia facilmente definire: ogni persona ha una propria esperienza dolorosa legata alla propria individualità e cultura, al suo vissuto, tanto che è spesso relativo confrontare fra loro due stati di sofferenza. Diventa fondamentale distinguere il dolore acuto da quello cronico, per le diverse ripercussioni sulla persona e per le implicazioni sui professionisti che assistono le persone.

Il dolore cronico maligno o non maligno a seconda o meno che l'eziologia sia neoplastica, è persistente, talora soggetto a periodi di riacutizzazione, e può innescare una serie di

fenomeni duraturi legati alla vita sociale dell'individuo: tende ad aumentare nel tempo accompagnando un corteo di effetti quali somatizzazione, depressione, disturbi del sonno, dell'appetito, della libido. Il dolore acuto, è un dolore transitorio che tende a diminuire nel tempo e che può segnalare la presenza di danno incombente d'organo.

Chi soffre ha bisogno della comprensione del suo stato prima ancora che della soppressione del dolore.

Imparare a valutare e monitorare il dolore come un parametro con la stessa attenzione che si presta alla frequenza cardiaca, alla temperatura corporea, alla frequenza respiratoria e alla pressione arteriosa di una persona, rappresenta un passo importantissimo nella presa in carico globale dell'utente. Una considerazione di questo tipo esprime la cura nell'assistenza alla persona del professionista che guarda ad essa in tutte le sue dimensioni.

Strumenti ampiamente utilizzati per la facilità di applicazione e la semplicità di comprensione, sono le scale di valutazione tra cui la scala analogica visiva e le scale descrittive.

Il dolore è un fenomeno con significati personali e culturali profondi. Altamente soggettiva è la risposta al dolore e la sua espressione verbale e non verbale. Persino la scelta riguardo alla cura è una variabile da considerare attentamente.

L'orientamento del personale sanitario nei confronti del dolore può influire sulla sua gestione. Infatti il ruolo di individuazione, valutazione e monitoraggio tanto deve essere accurato quanto tempestivo, puntuale e privo di preconcetti.

Accertare il dolore della persona significa raccogliere informazioni, sia sulle cause fisiche, sia sugli stimoli emotivi e mentali che ne influenzano la percezione individuale. All'interno del processo di gestione la rilevazione della sensazione dolorifica rappresenta la fase nodale che segna l'inizio della presa in carico della persona, in cui l'infermiere in collaborazione con altri professionisti somministra i trattamenti per il sollievo dal dolore, valuta l'efficacia degli interventi e opera a difesa della persona quando questi non sono efficaci.

Un sintomo è parte della persona e l'infermiere è il professionista privilegiato per rilevare il dolore e per valutare l'efficacia delle misure antalgiche intraprese.

Con tali prerogative, l'infermiere influenza, in modo determinante, l'esito della terapia antalgica rilevando i sintomi di dolore della persona e attuando azioni volte al controllo ottimale. Il ruolo dell'infermiere nella terapia del dolore è tanto importante quanto, nel contesto clinico, l'alleviamento dei sintomi.

L'infermiere, per la propria formazione, ha la possibilità di cogliere anche altri aspetti del dolore, considerando esso una sensazione che ha un determinato significato per la persona. Le caratteristiche personali psicologiche, sociali e culturali sono altrettanto importanti di quelle fisiche per determinarne la risposta.

L'infermiere osserva, ascolta e valuta il dolore nel contesto della persona nella sua

globalità, superando l'approccio di causa-effetto distintiva della professione medica. Senza sottovalutare il ruolo clinico del medico, si può tuttavia affermare che solo attraverso l'approccio che adotta l'infermiere il dolore mostra tutto il suo spessore umano.

La relazione assume un rilievo enorme per cui, in nessun altro ambito della relazione di cura, è così appropriato, come per il dolore, che il rapporto con la persona assistita inizi con l'ascolto.

Il presente progetto offre una significativa occasione di crescita professionale nella direzione dell'assunzione di responsabilità e implica reazioni che i cambiamenti professionali attivano inevitabilmente, quali paure, incertezze, senso di disorientamento.

Il contesto culturale attuale fornisce scarse indicazioni che possono supportare e rassicurare l'infermiere nell'approccio alla persona con dolore acuto, nell'emergenza/urgenza. Infatti, in letteratura è ampiamente trattato il dolore oncologico, e per quel che riguarda l'assistenza vi sono quasi esclusivamente riferimenti alla persona con dolore cronico, per lo più in fase terminale.

Considerando che il contesto dà un significato diverso al dolore, rimane imprescindibile da qualsiasi realtà, che l'approccio alla persona con dolore è competenza infermieristica.

Nell'ambito dell'emergenza, l'infermiere affronta se stesso, con le proprie capacità e conoscenze, rivelando una identità professionale ancora in costruzione.

Sono necessarie occasioni di formazione continua per adattarsi ai cambiamenti, ma anche stimoli per modificare e critiche per riflettere; soprattutto quando mutamento significa crescita, autonomia e responsabilità

IL DOLORE NEL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE S. ANDREA DI LA SPEZIA



Figura 1: ospedale S. Andrea di La Spezia

6.1 Analisi dei dati⁹

Il dolore è il sintomo più frequente negli utenti che si presentano al Pronto Soccorso, con una prevalenza stimata del 60-80%, rappresentando la manifestazione più comune di una malattia. Si tratta in pratica di un campanello d'allarme che segnala il rischio di perdita dell'integrità psicofisica.

Chiunque abbia lavorato in Pronto Soccorso, si sarà reso conto che, l'utente che accede al triage, per prima cosa "dichiara il suo dolore", come se potesse in qualche modo, scaricarlo, in cerca di una risoluzione, infatti nella maggior parte delle note di triage, compare la parola "dolore" o "algia".

Purtroppo in assenza di una codifica specifica, non è stato possibile rilevare i dati annuali, a dimostrazione dell'importanza del fenomeno che si va ad analizzare.

Allora, tanto per fare un esempio, ho esaminato manualmente, le note di triage di 24 ore e di una settimana, con i seguenti risultati:

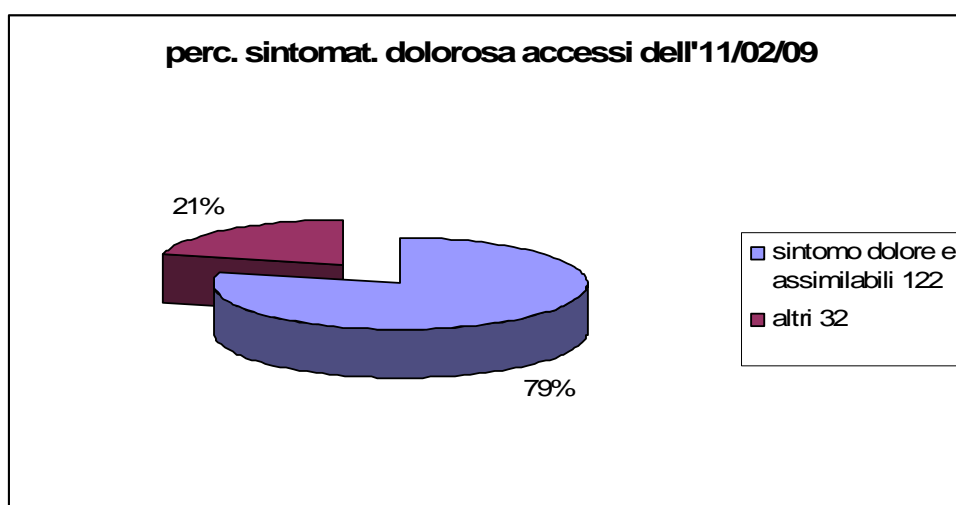


Figura 2: percentuale sintomatologia dolorosa rispetto al totale degli accessi dell'11/02/2009(24 h)

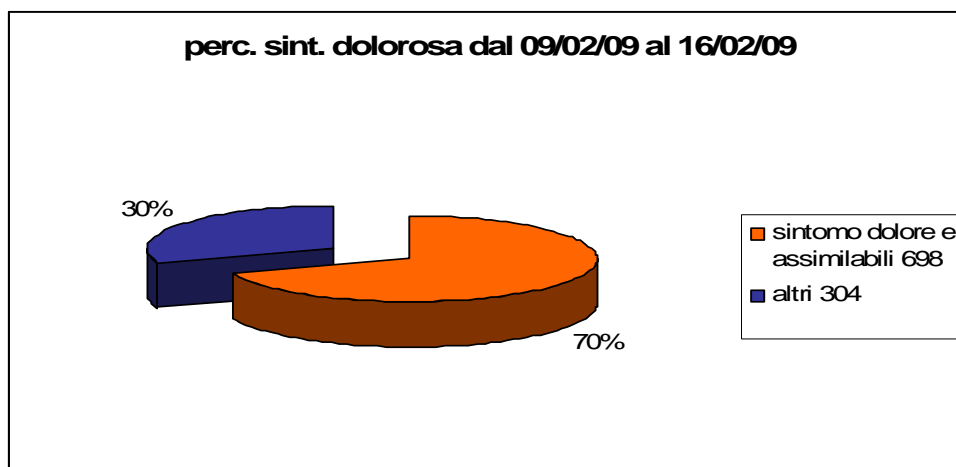


Figura 3: percentuale sintomatologia dolorosa rispetto al totale degli accessi della settimana dallo 09/02/09 al 16/02/09

⁹ Fonte dati CED ASL 5 Spezzino

Dai 2 grafici emerge che siamo perfettamente in accordo con la percentuale stimata fra il 60 e l'80% di accessi con sintomatologia dolorosa.

Molti accessi sono dovuti a traumi, infezioni o malattie acute; altri sono in rapporto con un dolore acuto ricorrente; altri ancora sono dovuti a condizioni di dolore croniche associate o non associate a malattie progressive (es patologie oncologiche).

Per continuare a "dare i numeri", possiamo focalizzarci sui traumi, accompagnati sempre da sintomatologia dolorosa, utilizzando i dati delle consulenze ortopediche richieste in caso di frattura accertata o di dolore malgrado l'indagine radiografica sia negativa, nell'anno 2007, che ammontano a 5683 e costituiscono il 15 % del totale degli accessi dell'anno.

Spesso il sintomo dolore è considerato dal medico, quasi unicamente come elemento capace di aiutare il procedimento diagnostico; solo dopo aver formulato la diagnosi si ritiene corretto eseguire la terapia antidolorifica, perché confonderebbe il quadro clinico, se somministrata troppo precocemente. Il dolore è così percepito, come una conseguenza inevitabile di una data patologia da accettarsi, con una certa rassegnazione, fino alla risoluzione del problema di base.

Fortunatamente negli ultimi anni l'attenzione nei confronti del sintomo dolore e delle sue conseguenze negative sull'utente, sta gradualmente aumentando a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria ed anche nei Pronto Soccorso va via via affermandosi la consapevolezza di dover valutare e trattare in maniera rapida ed adeguata la sintomatologia dolorosa indipendentemente dalle sue cause.

L'atteggiamento degli infermieri è spesso passivo, in quanto richiedendo una prescrizione farmacologica, viene considerato di esclusiva competenza medica, andando a cozzare con il riconoscimento dell'autonomia e della responsabilità della categoria di questi ultimi anni.

Il trattamento del dolore in Pronto Soccorso riconosce, attualmente problematiche specifiche:

1. mancanza di una valutazione che permetta di misurare il sintomo, in prima istanza in sede di triage, in modo che vada a influenzare l'assegnazione del codice colore e per riuscire a ottenere feed back successivi, in sede di rivalutazione dell'utente in attesa e durante il percorso diagnostico/terapeutico.
2. assenza di linee guida condivise, per cui ogni operatore sanitario, si approccia al fenomeno, in maniera del tutto soggettiva.
3. timore che, lenire il dolore, anche dopo l'inquadramento diagnostico, possa "falsare il quadro" di possibili evoluzioni della patologia in atto.
4. resistenze all'utilizzo di oppioidi
5. lunghe attese per i codici verdi e bianchi
6. lunghi tempi di permanenza in Pronto soccorso
7. manovre invasive dolorose, svolte in urgenza

In particolare, in merito ai punti 5. e 6., abbiamo dati precisi.

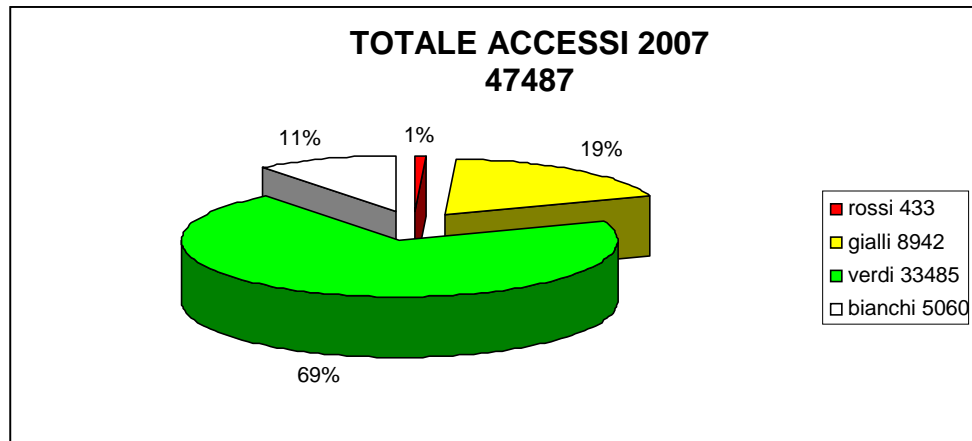


Figura 4: totale accessi 2007, con percentuali per codice rispetto al totale

Il totale degli accessi per l'anno 2007 sono stati di 47487 di cui la maggior parte spetta ai codici verdi con il 69%, poi ai gialli con il 19% e, infine ai rossi che sono solo l'1%.

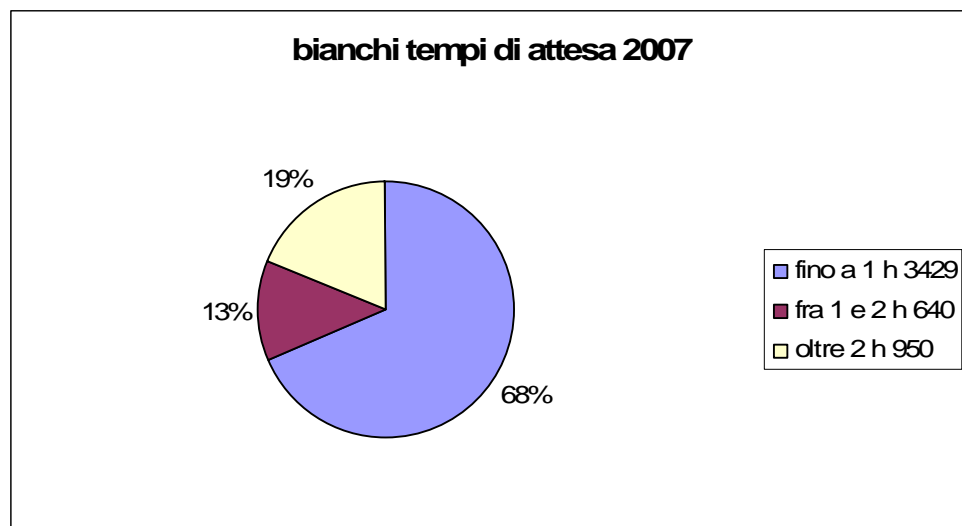


Figura 5: tempi d'attesa dei codici bianchi nell'anno 2007

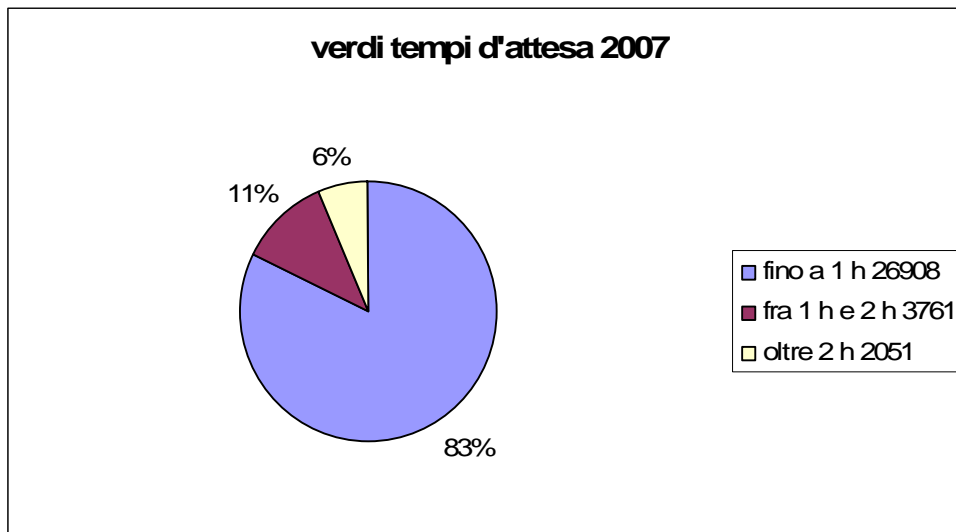


Figura 6: tempi d'attesa dei codici verdi nell'anno 2007

I grafici 6 e 7 smentiscono in termini di percentuali e di numeri la criticità accennata precedentemente riguardo ai lunghi tempi di attesa per i codici bianchi e verdi, in quanto solo il 19% dei bianchi e solo il 6% dei verdi aspetta più di 2 ore.

In effetti questo dato, estremamente positivo, ha lasciato perplessi tutti noi che lavoriamo nella realtà analizzata, perché è in contrasto con il clima che si respira in sala d'attesa, di estrema insoddisfazione, come dimostrano le continue lamentele degli utenti.

Ma, se leggiamo i grafici in maniera un po' diversa, se cerchiamo di umanizzarli, vediamo che circa 3000 persone aspettano più di 2 ore con punte che arrivano fino alle 4, 5, 6 h. e che circa 4500 utenti aspettano fra 1 e 2 ore.

Considerando che di questi, circa l'80% ha dolore, non valutato e non trattato, direi che il dato è più che sconcertante.

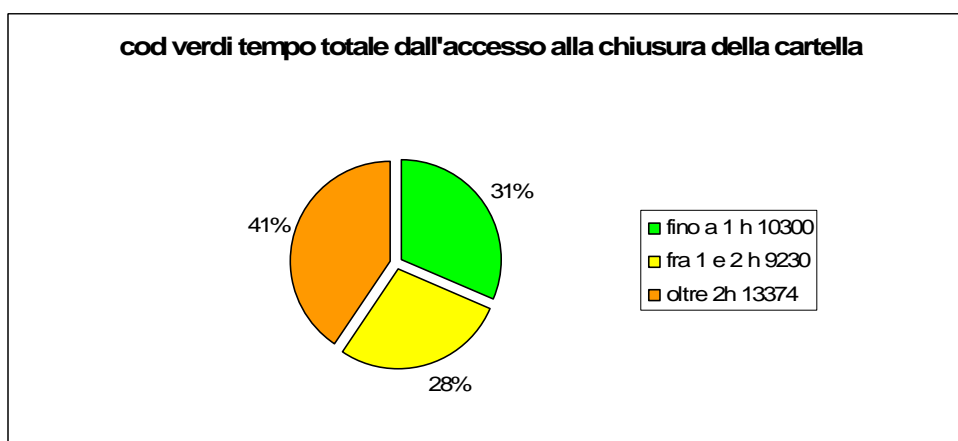


Figura 7: codici verdi, tempi totali e percentuali dall'accesso alla chiusura della cartella

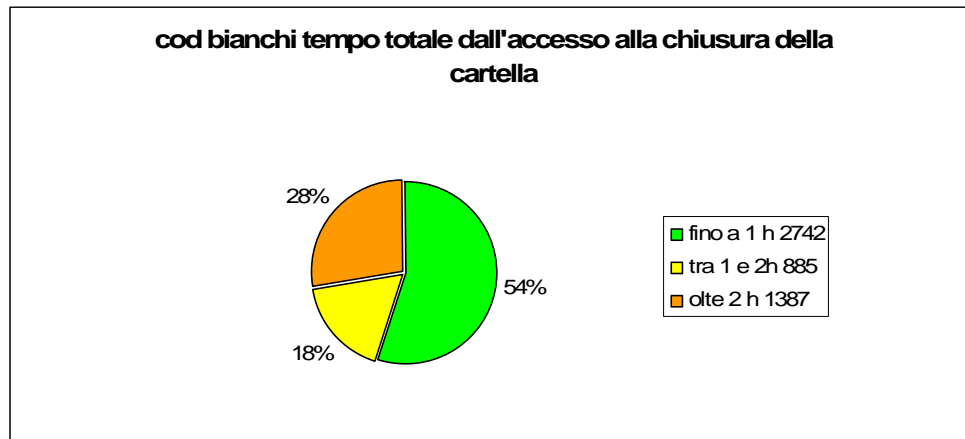


Figura 8: codici bianchi tempi totali e percentuali dall'accesso alla chiusura della cartella

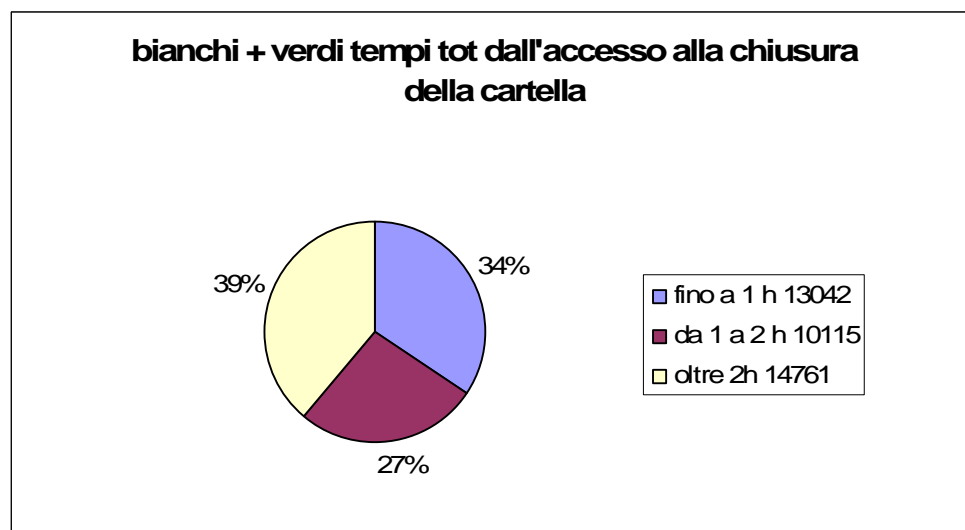


Figura 9: codici bianchi + codici verdi tempi totali e percentuali dall'accesso alla chiusura della cartella

Molto più immediati, anche visivamente, sono i dati che emergono dai grafici 8, 9, e 10, da cui emerge che, permane in Pronto Soccorso, fra attesa e percorso diagnostico terapeutico per più di 2 ore, il 41 % dei codici verdi e il 28% dei codici bianchi, in totale 14761 utenti all'anno, pari al 39 % del totale.

Ovviamente, per i codici gialli e rossi, mentre i tempi d'attesa si riducono drasticamente, si dilatano quelli di permanenza in Pronto Soccorso.

Per tutti i motivi sopracitati è necessaria una maggiore attenzione al fenomeno dolore, con l'utilizzo di strumenti che ne permettano una valutazione iniziale e una rivalutazione nel tempo per verificare l'efficacia del trattamento, che dovrà essere garantito.

6.2 Il percorso assistenziale

6.2.1 Il Triage

La struttura di PS opera sulle 24 ore e l'accesso dell'utenza alle cure viene regolato attraverso il triage.

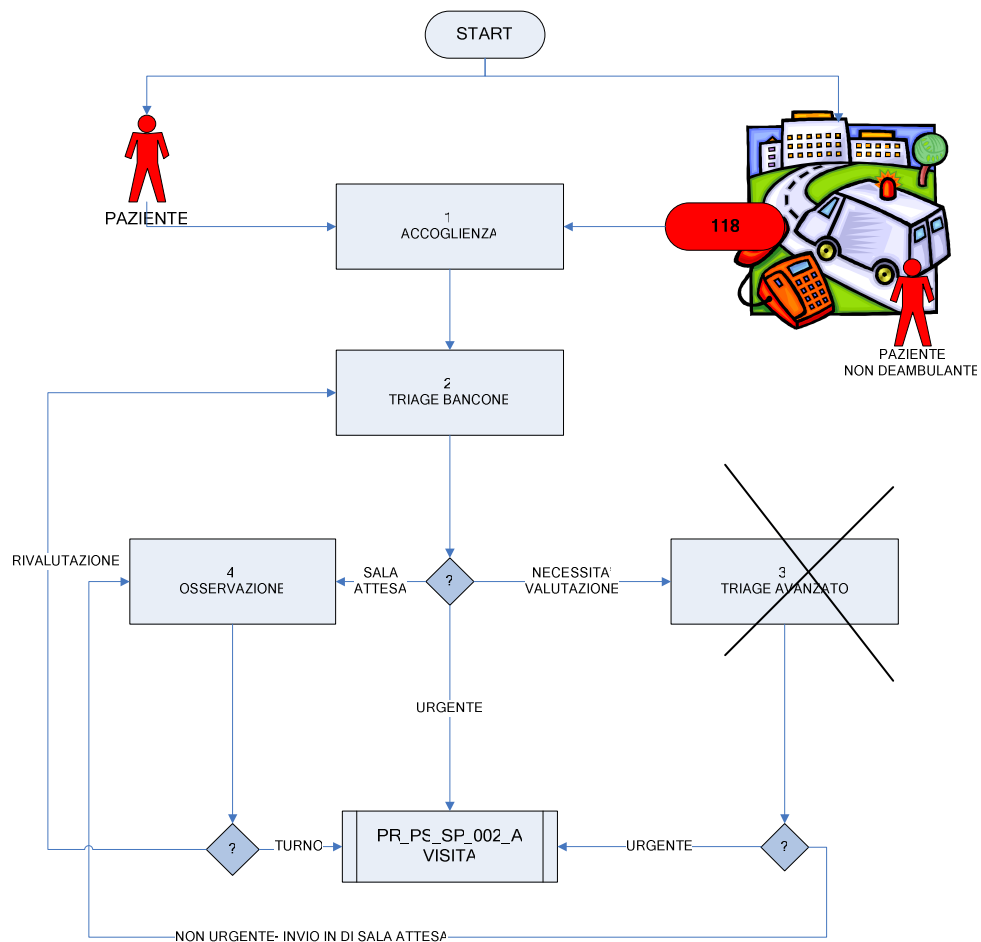


Figura 10: Flow chart aziendale: procedura di triage¹⁰

Tutti gli infermieri sono certificati per l'esercizio del "triage da bancone" e "triage avanzato". Quest'ultimo però, non può essere applicato per carenze soprattutto strutturali.

L'utilizzo della funzione di triage risponde all'esigenza di individuare delle priorità di accesso alle sale visita mediante la suddivisione (attribuzione) degli utenti in fasce di gravità (codice colore) sulla base dei sintomi di presentazione e della misurazione

¹⁰ Fonte: procedure aziendali dell'U.O. di Pronto soccorso – ASL 5 Spezzino

dei parametri vitali, se possibile, in modo da garantire adeguati tempi di attesa in relazione alla gravità della sintomatologia e non all'ordine temporale di arrivo.

L'infermiere è responsabile di questa funzione e la esercita in piena autonomia, valutando gli utenti in ingresso (barellati, non deambulanti accompagnati da parenti, deambulanti). L'infermiere di triage, acquisiti i dati forniti dall'utente, esegue una valutazione obiettiva e anamnestica con assegnazione di codice di priorità. In base al codice colore/gravità assegnato, l'utente seguirà percorsi differenti:

codice rosso: accesso immediato alla sala emergenza

codice giallo: in caso di sala visita libera, accesso immediato; in caso contrario, si effettua una rivalutazione continua con riduzione al minimo dei tempi di attesa.

codice verde: non prevedibile pericolo di vita; l'intervento può essere differito, l'utente viene visitato dopo che sono stati assistiti i casi più gravi, entro le 2 h, con rivalutazione ogni 20/30 min.

Codice bianco patologie non urgenti: situazioni che possono trovare risposta presso i servizi territoriali (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, ambulatori di distretto). La presa in carico avviene dopo quella degli utenti che rientrano nei gruppi precedenti, l'attesa può essere anche molto lunga. È previsto il pagamento di un ticket.

L'infermiere, prende in carico l'utente e compila una scheda infermieristica informatizzata e decide se deve accedere alla sala visita oppure aspettare in sala di attesa. L'utente in attesa, può essere sottoposto a visita medica quando arriva il suo turno oppure superato il tempo massimo può essere sottoposto a rivalutazione.

La "presa in carico" da parte dell'infermiere di triage, inizia con l'assegnazione del codice colore e termina con l'acquisizione informatica dell'utente da parte del collega in sala visita o del medico, quindi il triagista è responsabile del cliente, per tutto il tempo dell'attesa.

Attualmente non esiste altra possibilità di valutare e riportare dati sul dolore, se non il "colpo d'occhio" e la registrazione nelle "note di triage", ma questo sistema è ovviamente molto condizionato dalla soggettività e dalla sensibilità individuale del professionista.

L'atteggiamento comune è quello di cercare di velocizzare, per quanto possibile, la visita per gli utenti che dichiarano e dimostrano di avere un dolore acuto, mentre per tutti gli altri, vi è scarsa considerazione e nessun trattamento del sintomo, prima della visita, anche in presenza di lunghi tempi di attesa.

6.2.2 L'iter diagnostico-terapeutico

La procedura in uso è finalizzata ad un corretto inquadramento clinico degli utenti, alla eventuale stabilizzazione delle funzioni vitali e alla determinazione dei singoli casi. La visita è rivolta a tutti gli utenti che sono stati precedentemente sottoposti a procedura di triage. Attualmente è in sperimentazione una cartella infermieristica informatizzata per cui il primo operatore libero, medico o infermiere, prende in carico l'utente dal triagista, (acquisizione reale ed informatica) secondo la lista di priorità unitamente alla scheda di triage e alla documentazione fornita dall'utente. L'utente può essere condotto alle diverse sale visita indifferentemente, a parte coloro che sono dirottati verso la sala del Codice Rosso, per la gravità delle condizioni cliniche.

Per quanto riguarda l'utente in età pediatrica, viene preso in carico dal medico, che lo invia immediatamente al PS Pediatrico, dopo avergli richiesto consulenza; per tutti gli altri, il medico pratica l'esame obiettivo e decide se effettuare esami ematochimici, strumentali e/o consulenze.

L'infermiere misura e controlla i parametri vitali, interroga l'utente, lo rassicura, risponde ai suoi bisogni, esegue le prescrizioni mediche di esami strumentali, di laboratorio e di somministrazione farmaci e annota tutto in **cartella infermieristica, dove non esiste una voce riguardante la valutazione e la rivalutazione del dolore, che è possibile menzionare solo nelle note della schermata dei parametri vitali.**

Inoltre non sono in uso protocolli condivisi, per la gestione medico-infermieristica del sintomo.

Anche in questo caso, il problema dolore è lasciato alla discrezione del singolo professionista.

Eseguita la visita l'utente viene accompagnato in "sala osservazione" dove è presente un OSS che, si occupa dell'assistenza diretta e fa riferimento all'infermiere o al medico, per quanto non è di sua competenza.

Del trasporto interno verso e dalla radiologia si occupano gli OSS che accompagnano gli utenti barellati e non deambulanti. Nel caso si renda necessaria una consulenza o ricovero verso altri reparti, a causa della dislocazione "a padiglioni", l'infermiere si occupa dell'attivazione del trasporto con richiesta telefonica al 118 Spezia Soccorso, che provvede ad inviare l'ambulanza.

In caso di trasferimento presso altri ospedali e/o, nel caso in cui le condizioni critiche lo richiedano, l'infermiere attiva il "trasporto protetto" e prepara l'utente.

In base ai referti degli esami diagnostici il medico formula la diagnosi in uscita che può dare diversi esiti:

- dimissione con invio al domicilio
- osservazione breve intensiva
- ricovero presso U.O. presenti nell'ospedale S. Andrea o presso altri ospedali
- decesso

Non sono stabiliti tempi e modi di rivalutazione del dolore, che garantiscano la risoluzione del problema durante, la spesso prolungata, permanenza dell'utente in Pronto Soccorso.

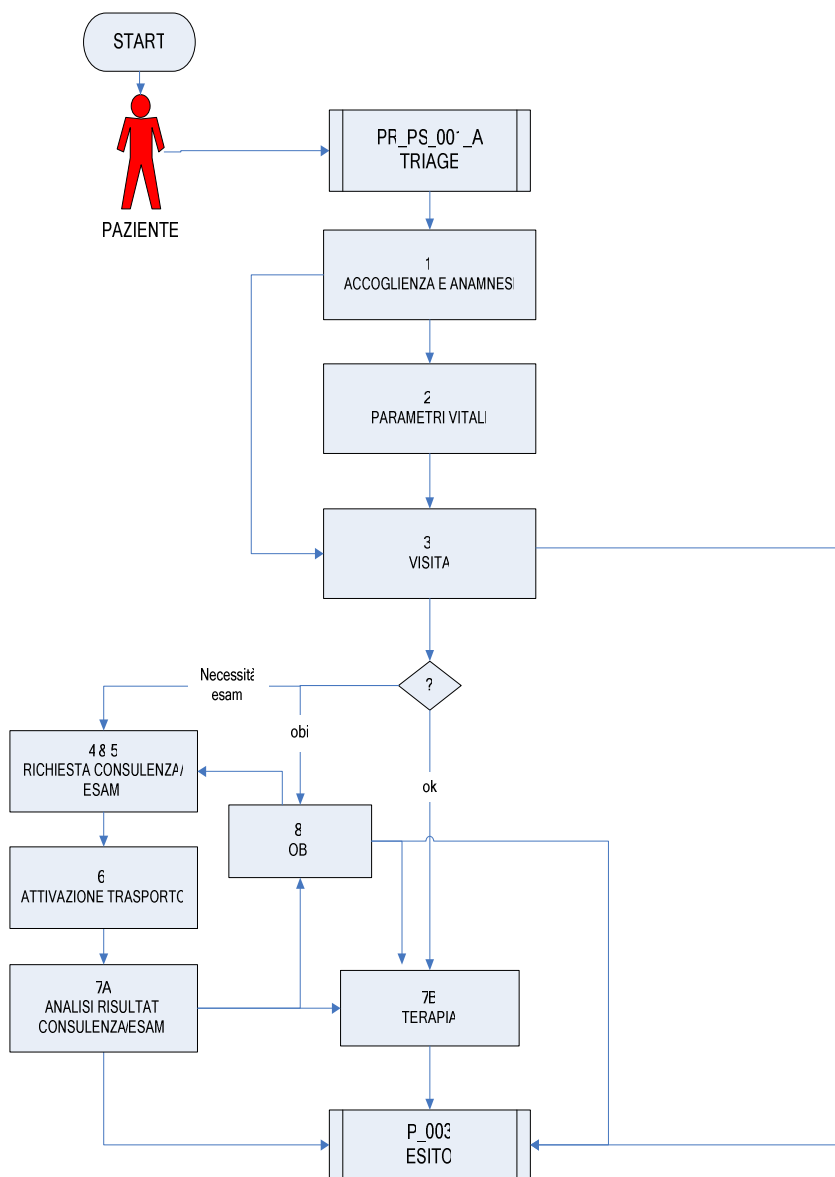


Figura 11: flow chart procedura percorso diagnostico terapeutico¹¹

IL PROGETTO FORMATIVO

Titolo:

"La gestione infermieristica del dolore in Pronto Soccorso"

Destinatari:

Infermieri dell'U.O Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza del PO S.Andrea di La Spezia

Tempi di realizzazione:

¹¹ Fonte: procedure aziendali dell'U.O. di Pronto soccorso – ASL 5 Spezzino

il corso si svolgerà in 3 giornate di 8 ore ciascuna, per un totale di 24 ore e avrà 2 edizioni compatibili con le presenze in servizio del personale

Periodo di attuazione: *Ottobre-Novembre 2009*

Presentazione: Uno degli obblighi professionali di medici ed infermieri è quello dell'attenzione e del trattamento alla sofferenza delle persone.

La tradizione culturale ha sicuramente influenzato l'atteggiamento nei riguardi del dolore spesso giudicata come naturale e necessario accompagnamento della malattia.

Il pensiero attuale desacralizza definitivamente il dolore e lo vede non come elemento inevitabile, ma come elemento esso stesso da eliminare.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) insiste sulla necessità di trattare questo sintomo e il consumo di morfina in terapia è indicato come parametro di avanzamento sociale di una nazione. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JACHO) richiede, nei suoi standard di qualità, che tutti gli utenti vengano valutati per il dolore e che di conseguenza ne abbiano una trattamento adeguato, così come le linee guida nazionali

Nonostante ciò, l'inadeguatezza del trattamento del dolore in Pronto Soccorso è ampiamente documentata e la percentuale di utenti che non viene trattata è molto elevata.

Esistono opinioni da superare come quella secondo cui la scomparsa del dolore toglie elementi di valutazione (ad esempio nei casi di addome acuto) o quella secondo cui l'utilizzo di oppiacei possa determinare delle dipendenze future.

Questo corso vuole stimolare gli infermieri partecipanti a riflessioni operative e all'utilizzo di strumenti validati, attraverso l'acquisizione di competenze specifiche, in tema di gestione del dolore.

OBIETTIVO GENERALE:

acquire competenze specifiche, in merito alla gestione dell'utente con dolore in Pronto Soccorso

OBIETTIVI SPECIFICI:

- 1. Acquisire competenze riguardo ai vari aspetti del dolore***
- 2. Apprendere la legislazione in tema di dolore e responsabilità infermieristica e acquisirne consapevolezza***
- 3. Acquisire competenze sulla valutazione e la rivalutazione del dolore: l'utilizzo della Scala Numerica Verbale VSN e della Scala di Sollievo dal dolore***
- 4. Acquisire competenze in merito alla gestione delle varie tipologie di utente con dolore, in Pronto Soccorso***
- 5. Acquisire atteggiamenti validi che garantiscano comunicazione efficace, nei confronti dell'utente con dolore***

	gg	1				2				3			
ob	h	2	4	6	8	2	4	6	8	2	4	6	8
1													
2													
3													
4													
5													

Figura 12: diagramma di gant dei tempi previsti di raggiungimento degli obiettivi

7.1 Il corso di formazione

I giornata (8 ore)

Contenuti:

- 8,30-10,45 - **Le 100 facce del dolore**
(fisiopatologia, acuto e cronico, aspetti psicologici, aspetti antropologici, il V° parametro vitale)
- 10,45-11,00 - **Coffee break**
- 11,00-11,30 - **Domande**
- 11,30-13,00 - **Legislazione** (internazione e nazionale)
- 13,00-14,00 - **Pausa pranzo**
- 14,00-15,30 - **Etica** (il codice deontologico, i diritti del malato)
- 15,30-16,30 - **Responsabilità e infermieri** (le tappe del percorso normativo)
- 16,30-17,00 - **Domande**
- 17,00- 18,00 - **Tavola rotonda**
- 18,00-18,30 - **Distribuzione e compilazione dei questionari – 1° valutazione in itinere**

Docenti:

infermieri e psicologi

Metodi di apprendimento:

lezione frontale e discussione

II giornata (8 ore)

Contenuti:

- 8,30-10-30 - **Valutazione e rivalutazione: come, quando e perché** (*la VSN e la scala di sollievo dal dolore, valutazione del dolore e triage, rivalutazione e cartella infermieristica, modifiche al Sistema Operativo*)
- 10,30-10,45 - **coffee break**
- 10,45-13,00 - **esercitazioni pratiche su casi clinici**

- 13,00-14,00 - **pausa pranzo**

- 14,00-16,00 - **Gestire "l'utente con dolore e il dolore dell'utente"** (*sicurezza e anamnesi delle allergie, gestire la terapia antalgica in base alle evidenze scientifiche, la casistica: l'utente non urgente, con urgenza differibile, in emergenza/urgenza*)
- 16,00-18,00 - **esercitazioni pratiche su casi clinici**

- 18,00-18,30 - **distribuzione e compilazione questionari- 2° valutazione in itinere**

Docenti:

infermieri esperti di triage, infermieri esperti EBN, Infermieri tutor, farmacologo, esperto CED

Metodi di apprendimento:

- lezione frontale
- esercitazioni con simulazione a piccoli gruppi (4 gruppi da 5 componenti ognuno), di risoluzione di casi clinici

III giornata (8 ore)

Contenuti

Comunicare con chi ha dolore

- 8,30-10,15-**l'operatore e il suo intimo rapporto col dolore**
- 10,15-10,30 - **coffee break**
- 10,30-13,00- **esprimere le proprie emozioni – lavoro guidato sul gruppo**

- 13,00-14,00 - **pausa pranzo**

- 14,00-15,00 - **ascolto e relazione terapeutica**
- 15,00-17,30 - **simulazioni**

- 17,30-18,00 -**distribuzione e compilazione questionario 3° valutazione in itinere**
- 18,00-18,30 - **distribuzione e compilazione questionario finale – valutazione finale**

Docenti

Psicologi, sociologi, infermieri tutor

Metodi di apprendimento

Lezione frontale

Lavoro sul gruppo, guidato dallo psicologo, al fine di portare ognuno ad esprimere emozioni e vissuti

Esercitazioni a piccoli gruppi, con simulazioni tramite role playing

Valutazioni

3 valutazioni in itinere e una finale tramite **test a risposta multipla**, costituiti da **20 domande**, inerenti agli argomenti trattati nella giornata o i principali temi affrontati durante tutto il corso, per quella finale. Il livello di performance necessario per il superamento di ognuna delle prove, è pari all' 80% ovvero almeno 18 domande esatte. Nel caso in cui il candidato non superi la performance stabilita dalla commissione, dovrà sostenere nuovamente l'esame, previo approfondimento delle tematiche previste, direttamente sul campo, in presenza di un tutor.

Attestato

Al termine del corso, in seguito al superamento della prova finale, sarà consegnato l'attestato con i crediti ECM



Ricaduta organizzativa

Uniformità dei comportamenti del personale infermieristico, nella valutazione e gestione del dolore in Pronto Soccorso, con maggiore efficacia delle prestazioni e aumento della qualità percepita dall'utente interno ed esterno

Ricadute attese

Tutti gli infermieri dell'U.O. Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza,

- considerano il dolore un problema prioritario da risolvere, con grandi implicazioni di responsabilità, per l'infermiere
- valutano e rivalutano correttamente il dolore e documentano quanto rivelato
- gestiscono il dolore, secondo le ultime evidenze scientifiche disponibili.

<p>"La gestione infermieristica del dolore in Pronto Soccorso"</p> <p>Presentazione</p> <p>Uno degli obblighi professionali di medici ed infermieri è quello dell'attenzione e del trattamento alla sofferenza delle persone.</p> <p>Il pensiero attuale desacralizza definitivamente il dolore e lo vede non come elemento inevitabile, ma come elemento esso stesso da eliminare.</p> <p>L'OMS, la JACHO, le linee guida nazionali richiedono che il dolore venga valutato e trattato.</p> <p>Questo corso vuole stimolare gli infermieri partecipanti a riflessioni operative e all'utilizzo di strumenti validati, attraverso l'acquisizione di competenze specifiche, in tema di gestione del dolore.</p>  <p>Attestato</p> <p>Al termine del corso, in seguito al superamento della prova finale, sarà consegnato l'attestato con i crediti ESCM.</p>	<p>OBIETTIVO GENERALE:</p> <p>Acquisire competenze specifiche in merito alla gestione dell'utente con dolore in Pronto Soccorso</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <p>Acquisire competenze riguardo ai vari aspetti del dolore</p> <p>Apprendere la legislazione in tema di dolore e responsabilità infermieristica e acquisizione consapevolezza</p> <p>Acquisire competenze sulla valutazione e la rivalutazione del dolore: l'utilizzo della Scala Numerica Verbale VSN e della Scala di Solferino dal dolore</p> <p>Acquisire competenze in merito alla gestione delle varie tipologie di utente con dolore in Pronto Soccorso</p> <p>Acquisire atteggiamenti validi che garantiscano comunicazione efficace, nei confronti dell'utente con dolore</p>	<p>"La gestione infermieristica del dolore in Pronto Soccorso"</p> <p>Corso di formazione per Infermieri di Pronto Soccorso</p>  <p>Edizione del .../.../09</p> <p>Sede: aula multimediale UO Rianimazione</p>
---	---	--

"La gestione infermieristica del dolore in Pronto Soccorso"		
<p>I giornata: "Dolore, etica e legislazione"</p> <p>Contenuti:</p> <p>8,30-10,45 - Le 100 facce del dolore (fisiopatologia, acuto e cronico, aspetti psicologici, aspetti antropologici, il V° parametro nitale)</p> <p>10,45-11,00 - Coffee break</p> <p>11,00-11,30 - Domande</p> <p>11,30-13,00 - Legislazione (internazionale e nazionale)</p> <p>13,00-14,00 - Pausa pranzo</p> <p>14,00-15,30 - Etica (il codice deontologico, i diritti del malato)</p> <p>15,30-16,30 - Responsabilità e infermieri (le tappe del percorso normativo)</p> <p>16,30-17,00 - Domande</p> <p>17,00- 18,00 - Tavola rotonda</p> <p>18,00-18,30 - Distribuzione e compilazione dei questionari - 1° valutazione in itinere</p> <p>Docenti: infermieri e psicologi</p> <p>Metodi di apprendimento: lezione frontale e discussione</p>	<p>II giornata: "Valutazione, rivalutazione e gestione"</p> <p>Contenuti:</p> <p>8,30-10-30 - Valutazione e rivalutazione: come, quando e perché (la VSN e la scala di solferino dal dolore, valutazione del dolore e triage, rivalutazione e cartella infermieristica, modifiche al Sistema Operativo)</p> <p>10,30-10,45 - coffee break</p> <p>10,45-13,00 - esercitazioni pratiche su casi clinici</p> <p>13,00-14,00 - pausa pranzo</p> <p>14,00-16,00 - Gestire "l'utente con dolore e il dolore dell'utente" (fasciatura e anamnesi delle allergie, gestione la terapia analgica in base alle evidenze scientifiche, la cascata: l'utente non urgente, con urgenza differibile, in emergenza/urgenza)</p> <p>16,00-18,00 - esercitazioni pratiche su casi clinici</p> <p>18,00-18,30 - distribuzione e compilazione questionari- 2° valutazione in itinere</p> <p>Docenti: infermieri esperti di triage, infermieri esperti EBN, Infermieri tutor, farmacologo, esperto CED</p> <p>Metodi di apprendimento: - lezione frontale - esercitazioni con simulazione a piccoli gruppi (4 gruppi da 5 componenti ognuno), di risoluzione di casi clinici</p>	<p>III giornata: "Comunicare con chi ha dolore"</p> <p>Contenuti</p> <p>8,30-10,15 l'operatore e il suo intimo rapporto col dolore</p> <p>10,15-10,30 - coffee break</p> <p>10,30-13,00 - esprimere le proprie emozioni - lavoro guidato sul gruppo</p> <p>13,00-14,00 - pausa pranzo</p> <p>14,00-15,00 - ascolto e relazione terapeutica</p> <p>15,00-17,30 - simulazioni</p> <p>17,30-18,00 - distribuzione e compilazione questionario 3° valutazione in itinere</p> <p>18,00-18,30 - distribuzione e compilazione questionario finale - valutazione finale</p> <p>Docenti Psicologi, sociologi, infermieri tutor</p> <p>Metodi di apprendimento Lezione frontale Lavoro sul gruppo, guidato dallo psicologo, al fine di portare ognuno ad esprimere emozioni e vissuti Esercitazioni a piccoli gruppi, con simulazioni tramite role playing</p>

IL PROGETTO DI GESTIONE DEL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO

AZIENDA: Asl 5 spezzino

DIPARTIMENTO: Area Critica

U.O.: Pronto Soccorso

TITOLO: politica di controllo del dolore in Pronto Soccorso

SCOPO

Fornire un'adeguata valutazione e gestione del sintomo dolore per gli utenti che accedono in Pronto Soccorso. Fornire indicazioni al personale del Pronto Soccorso sulla gestione di questi utenti

CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutti gli utenti adulti che accedono al Pronto Soccorso-Accettazione con sintomatologia dolorosa

OBIETTIVI GENERALI

- a. introdurre la valutazione del dolore nell'utente adulto, attraverso la "scala numerica verbale", nella procedura di triage
- b. introdurre la rivalutazione del dolore durante la permanenza dell'utente in Pronto Soccorso, con documentazione su cartella infermieristica informatizzata

MODALITA'

- 1. *Introdurre la valutazione del dolore nell'utente adulto, attraverso la "scala numerica verbale", nella procedura di triage***

Tutti gli infermieri, durante l'attività di triage,

- valuteranno il dolore riguardo alle seguenti dimensioni e con le seguenti modalità e annoteranno i risultati, nell'apposita sezione della scheda di triage, al momento dell'accesso dell'utente.
- Assegneranno la priorità di accesso, a parità di codice colore, per dolore con severità, compresa fra 5 e 7;
- Assegneranno un codice colore superiore in caso di dolore con severità maggiore di 7.
- Rivaluteranno il dolore degli utenti in attesa, annotando il risultato nella sezione delle "rivalutazioni di triage", assegnando la priorità o il codice superiore, in caso di peggioramento.

Tipologia di dolore

Dolore acuto: ha insorgenza improvvisa e una funzione difensiva: evita nuovi stimoli su una parte lesa; è un sintomo di una ferita, di una lesione o di una degenerazione organica

Persistente: si intende un dolore che continua per un periodo prolungato di tempo associato o meno ad una patologia nota. Le cause e le manifestazioni cliniche di un dolore persistente sono in genere varie. Per questo le scelte terapeutiche sono spesso difficili; è dovuto alla permanenza dello stimolo nocicettivo; conserva le caratteristiche del dolore acuto e va distinto dal dolore cronico

Cronico: se un dolore acuto per lungo tempo rimane invariato e/o se le condizioni socio-psicologiche sono alterate, esso si trasforma in dolore cronico. Meccanismi di sensibilizzazione periferica e centrale alterano i meccanismi percettivi

Localizzazione del dolore

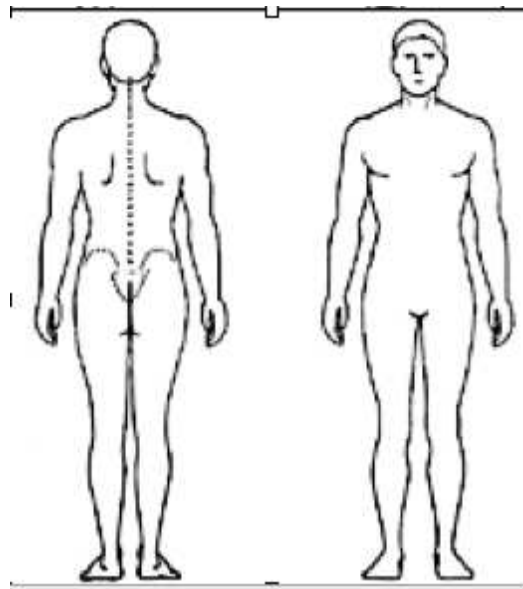


Figura 13: *mappa del dolore*

È importante localizzare le zone di maggior dolore e la sede di insorgenza/irradiazione tramite la mappa del dolore: una figura umana sulla quale riportare la sede e l'irradiazione del dolore.

Intensità del dolore

Scala numerica verbale (VNS)

La scala numerica verbale è **una scala di valutazione del dolore semplice**, molto simile alla VAS. È lineare e ha, con quest'ultima, una buona concordanza. Viene facilmente compresa dall'utente, che sceglie semplicemente un numero fra 0 e 10

Nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 il peggior dolore immaginabile

Figura 14: scala numerica verbale VSN

Misure soggettive multidimensionali

Un mezzo semplice ed efficace è lo schema di intervista **PQRST**, facile da ricordare perché richiama le onde dell'elettrocardiogramma

P rovocato da	<ul style="list-style-type: none"> • Cosa ha scatenato il dolore? • Cosa lo fa peggiorare? • Cosa lo fa migliorare?
Q ualità	<ul style="list-style-type: none"> • Che tipo di dolore avverte? • A cosa assomiglia?
R egione interessata/ iR radiazione	<ul style="list-style-type: none"> • Dov'è il dolore? • Quant'è grande l'area interessata? • Si estende da qualche altra parte?
S everità	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto è forte? • In una scala da 0 a 10, dove 0 è assenza di dolore e 10 è il massimo dolore, dove si colloca il suo?
T empo	<ul style="list-style-type: none"> • Quando è iniziato? • C'è sempre o va e viene?

Figura 15: schema PQRST per la valutazione del dolore

2. Introdurre la rivalutazione del dolore durante la permanenza dell'utente in Pronto Soccorso, con documentazione su cartella infermieristica informatizzata

Tutti gli infermieri, durante l'attività di assistenza in Pronto Soccorso, dopo la presa in carico dell'utente, tramite cartella infermieristica informatizzata,

rivaluteranno il dolore utilizzando la VSN e la Scala di Sollievo del dolore

- al momento dell'accesso in sala visita, considerandolo un parametro vitale
- mezz'ora dopo la somministrazione di farmaco antidolorifico
- ogni ora durante la permanenza in Pronto Soccorso
- ogni volta che verranno sollecitati dall'utente stesso o dal personale di supporto

annoteranno sulla cartella infermieristica

- quanto rilevato nell'apposita sezione
- eventuali allergie a farmaci
- i farmaci somministrati

solleciteranno il medico e collaboreranno con esso, affinché il dolore venga sedato o ridotto.

Scala di Sollievo del dolore

costituisce una variante della scala numerica verbale. Gli estremi definiscono il grado di sollievo del dolore; lo zero indica nessun sollievo, mentre il dieci indica un sollievo completo

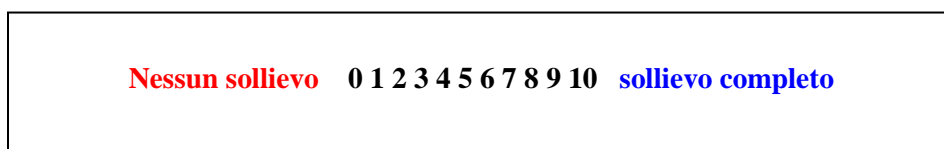


Figura 16: scala visiva di sollievo dal dolore

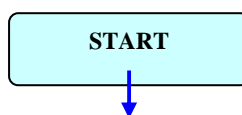
RISULTATI ATTESI

Tutti gli infermieri del Pronto Soccorso del P.O. S. Andrea di La Spezia

- utilizzeranno adeguatamente la scale di valutazione del dolore nell'adulto, a 2 mesi dalla loro introduzione
- valuteranno il dolore durante l'attività di triage e durante l'attesa, documenteranno correttamente sulla cartella di triage, assegnando la priorità appropriata
- rivaluteranno il dolore all'accesso dell'utente in sala visita e per tutto il tempo di permanenza in Pronto Soccorso, documenteranno correttamente sulla cartella infermieristica e si attiveranno per una corretta gestione.



Figura 17: La valutazione del dolore nella procedura di triage



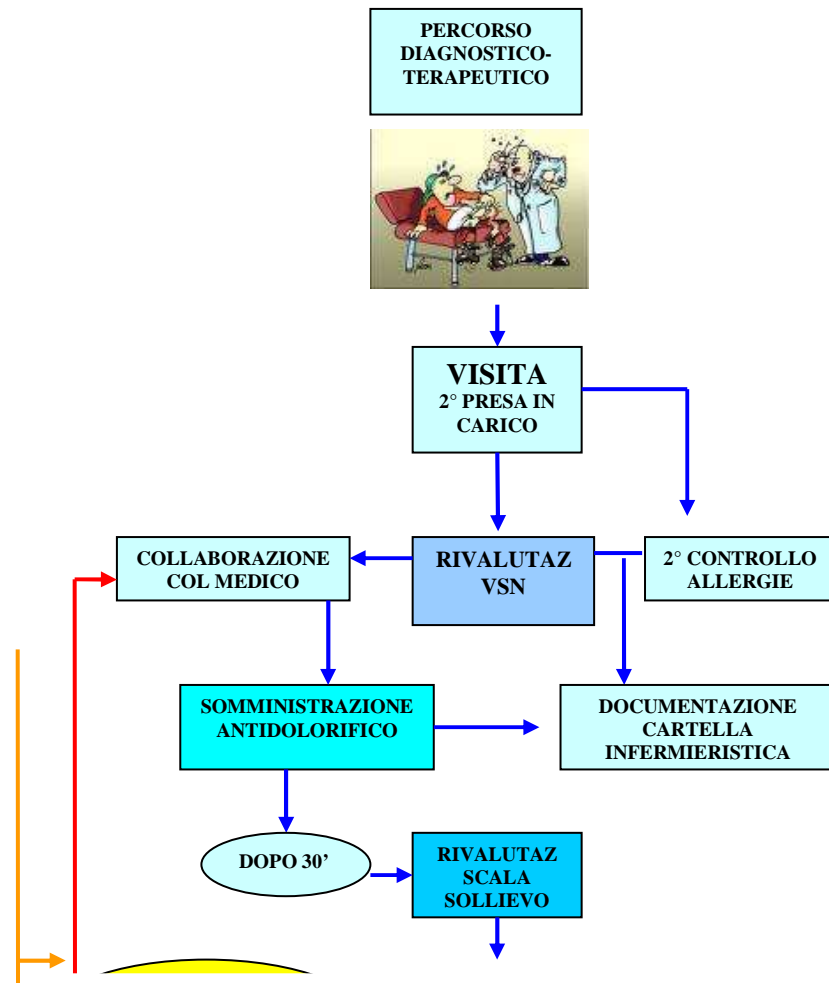
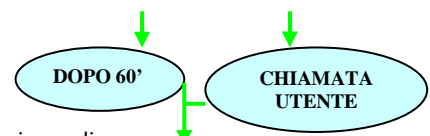


Figura 36: la gestione del dolore nel percorso diagnostico-terapeutico

CONCLUSIONI

Il "Dolore" rappresenta la più frequente motivazione di ricorso al Pronto Soccorso ed è che _____ venga

gestito, tramite comportamenti



essenziale



adeguatamente

condivisi da tutti gli operatori.

L'infermiere col suo "prendersi cura della persona", rappresenta la figura centrale nella politica di controllo del dolore e, l'introduzione della valutazione, tramite strumenti validati, creando un clima condiviso di attenzione al sintomo, rappresenta il primo passo, verso la sua adeguata gestione, in Pronto Soccorso.

Formazione e responsabilizzazione degli infermieri, sono i punti chiave per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il gradino successivo, consisterà nell'introduzione di protocolli, a carattere multidisciplinare che garantiscano il tempestivo, rapido ed efficace trattamento del dolore e in cui, ancora una volta le parole d'ordine saranno : uniformità dei comportamenti degli operatori ed efficacia delle prestazioni, in un'ottica di multidisciplinarietà e autonomia professionale all'interno di percorsi definiti, verso il miglioramento della qualità assistenziale.

BIBLIOGRAFIA

- Carlo Calamandrei, Carlo Orlandi – **“La dirigenza infermieristica”** – Edizioni McGraw Hill
 - J. J. Guilbert – **“Guida pedagogica per il personale sanitario”** - Quarta edizione (a cura di G. Palasciano, A. Lotti)
 - **Procedure aziendali** U.O. Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza - ASL 5 Spezzino
 - AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE -Ospedale senza Dolore - Coordinatore: Amerigo Brogi – **“LINEE GUIDA monitoraggio e trattamento del dolore in area chirurgica, traumatologica e di pronto soccorso”**
 - Congresso Nazionale AIIO - Rimini – 2007 - Gianluca Catania **“Il dolore. La cultura dell'assistenza.** Validazione di uno strumento che misura le conoscenze e gli atteggiamenti degli infermieri oncologici relativi alla gestione del dolore.”
 - **“Carta dei diritti sul dolore inutile”** – Tribunale per i diritti del malato. - www.cittadinanzattiva.it
 - Nursing oggi, numero 4, 2001 – Marta Nucchi – **“Etica Infermieristica e dolore”**
 - Medicina Italia, numero 2, 2008 - A. Fortini, A. Breschi, A. Vergara, Z. Vinci, L. Arena - U.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Ospedale SS Cosma e Damiano-Pescia, ASL 3, Pistoia; U.O. Anestesia e Rianimazione, Ospedale SS Cosma e Damiano-Pescia, ASL 3, Pistoia – **“Gestione del dolore acuto in Pronto Soccorso”**
 - IPASVI – www.ipasvi.it
- I Quaderni, numero 6, 2003 - **“Strumenti per la rilevazione dei dati clinici nell'assistenza infermieristica”**

I Quaderni, numero 9, maggio 2004 – **“Essere infermieri oggi. Alcuni nodi problematici di una professione che cresce”**

- Centro studi EBN - www.ebn.it

“La valutazione del dolore oncologico sul paziente adulto e pediatrico” – Infermiere Accorsi Danila e Zanna Barbara.

“Il trattamento farmacologico del dolore” – Infermiere Baldazzi Paolo

“L’efficacia delle medicine alternative per il controllo del dolore” - Infermiere Mosci Daniela, Pelagalli Virginia e Brigida Lucia

“Sistemi di valutazione del dolore” - Infermiera Robb Maria Cristina e Terapista della riabilitazione Montanari Vittoria

- La rivista italiana di cure palliative, numero 3, autunno 2007 – **“Un contributo della Direzione Infermieristica nell’ambito del Comitato Ospedale Senza Dolore”** - Chiara Cattaneo, Rosaria Alvaro, Furio Zucco, Responsabile Servizio Infermieristico Azienda Ospedaliera G. Salvini, Lombardia

www.sanmatteo.org

www.salus.it

www.aniarti.it

<http://www.psichiatriasirai.org>

<http://www.asl12.piemonte.it>