

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA  
SCUOLA DI MEDICINA  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E SPERIMENTALE  
Corso di laurea in Infermieristica

ELABORATO SCRITTO DELLA PROVA FINALE PER  
IL CONSEGUIMENTO DEL DIPLOMA DI LAUREA

**L'ATTUAZIONE DI PROTOCOLLI DI ANALGESIA GESTITI  
DALL'INFERMIERE DI TRIAGE: QUALI SONO I BENEFICI  
NELL'ASSISTENZA ALLA PERSONA CON DOLORE**

Studente: Alice Guanzioli

Matricola n.: 714777

Anno Accademico 2012/13

# INDICE

*Abstract*

Introduzione pag. 1

Il protocollo di analgesia attivato dall'infermiere di triage pag. 4

Conclusioni pag. 11

Bibliografia pag. 14

Allegati

## *Abstract*

Il dolore è uno dei motivi principali per i quali una persona si reca in Pronto Soccorso. Diversi studi hanno dimostrato che questa sintomatologia è spesso sottovalutata e poco o mal gestita tra le persone in attesa di valutazione medica in queste Unità Operative. Ciò si ripercuote non solo sullo stato d'animo dei pazienti, ma anche sulla capacità del sistema di fornire risposte adeguate e quindi sulla soddisfazione dei professionisti rispetto al loro operato. Diverse strategie sono state proposte per migliorare la gestione del dolore nelle persone in attesa dopo la valutazione effettuata in Triage; una tra le più importanti e innovative di queste è l'analgesia infermieristica.

La ricerca effettuata per elaborare il presente lavoro ha permesso di identificare, analizzare criticamente e valutare i documenti infermieristici utilizzati, soprattutto in ambito estero, per effettuare l'analgesia da parte del triagista. Nonostante esistano protocolli indicanti i criteri di inclusione ed esclusione per l'attuazione della procedura e siano specificate in ogni studio le competenze aggiuntive richieste al professionista, tuttavia non esistono delle linee guida precise e omogenee riguardo questo argomento. I risultati positivi ottenuti da questi lavori e i conseguenti vantaggi indicano che sarebbe auspicabile e raccomandabile introdurre questo tipo di approccio anche nella realtà italiana.

## INTRODUZIONE

Il dolore è un parametro vitale che, con il passare degli anni, ha rivestito un ruolo sempre più importante nell'assistenza di una persona fino ad essere considerato come il quinto parametro vitale ( Casey, 2011).

Nonostante ciò in molti Dipartimenti di Emergenza di tutto il mondo permane un inadeguato trattamento di questo sintomo, documentato già da Wilson e Pendleton nel 1989 con "L'oligoalangesia in pronto soccorso" e ripetutamente dimostrato nel corso degli anni da altri studi.

Il motivo per il quale la scelta del mio elaborato finale è ricaduta su questo argomento è stata l'esperienza di tirocinio clinico da me vissuta nell'Ottobre 2012 nell'Unità Operativa del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna, presso il presidio di Cantù.

Spesso infatti si sono verificati episodi di inadeguata gestione del dolore che hanno influito sull'operato di tutti i professionisti, sulla fiducia e sul rapporto tra operatori sanitari e persona assistita e, da non sottovalutare, sullo stato emotivo degli infermieri dell'Unità Operativa che si sono resi conto di non avere la possibilità di soddisfare nel migliore dei modi un bisogno di assistenza espresso dalla persona.

Uno dei ruoli chiave del Pronto Soccorso è sicuramente rivestito dall'infermiere triagista, un professionista il quale compito è rivolto alla gestione degli accessi dell'utenza nell'Unità Operativa, alla valutazione e classificazione delle condizioni degli assistiti in base al tipo e all'urgenza e all'amministrazione delle diverse risorse disponibili, al fine di garantire un servizio efficace.

Queste considerazioni mi hanno spinto a ricercare in letteratura se vi fossero studi riguardanti la riduzione del dolore in Pronto Soccorso attraverso protocolli di analgesia utilizzati dall'infermiere di triage. Anche se le ricerche da me individuate sono state condotte perlopiù in Paesi all'infuori dall'Italia, soprattutto in America e in Australia, mi è sembrato interessante approfondire l'argomento auspicando una tale evoluzione del ruolo del professionista infermiere anche nella realtà italiana. La domanda che mi sono posta è stata: "L'attuazione di protocolli di analgesia

gestiti dall'infermiere di triage: quali sono i benefici nell'assistenza alla persona con dolore?".

Prima di descrivere la *search strategy* mi sembra opportuno ribadire che per l'argomento da me scelto il professionista infermiere deve possedere delle competenze aggiuntive, che vanno oltre a quelle richieste per un'assistenza infermieristica di base. Citando i livelli di competenza trattati da Patricia Benner l'infermiere triagista, che somministra un farmaco analgesico dopo aver valutato la persona, assume i tratti dell'*expert nurse*, cioè dell'infermiere che grazie alla sua esperienza e alle sue capacità è in grado di capire una situazione e intuirne il problema ( Benner, 1982).

Questo aspetto lo si può cogliere da alcuni articoli da me reperiti, che parlano di *nurse practitioner*, ovvero di un infermiere che ha conseguito un titolo specialistico (Master o Dottorato); altri parlano di *registered nurse*, il quale ha conoscenze e abilità di base. Ho trovato stimolante approcciarmi alle realtà all'infuori dell'Europa, mondi lavorativi differenti e professionalmente più evolute nei quali il processo di estensione della professione infermieristica è già avvenuto.

Per rispondere al quesito inizialmente ho chiesto alla mia assistente di tirocinio e ad alcuni infermieri dell'Unità Operativa delle informazioni riguardo l'attuale situazione locale sull'argomento preso in esame.

Successivamente per ottenere articoli e studi ho consultato le banche dati elettroniche Medline, il database della National Library of Medicine degli Stati Uniti d'America utilizzando l'accesso di Pubmed, e CINAHL, ovvero Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature; ciò è stato possibile grazie all'utilizzo di SBBL, il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo.

La ricerca è stata condotta, partendo dalla banca dati Medline, attraverso l'inserimento di termini controllati MeSH (Medical Subject Headings), combinati tra loro con gli operatori booleani "AND" e "OR", così che il motore di ricerca potesse selezionare articoli il più pertinenti possibile. I limiti che ho inserito nella mia ricerca sono stati tenere maggiormente in considerazione gli articoli più recenti (dell'ultimo decennio circa), pubblicati in lingua inglese, valutando la presenza di prove d'efficacia valide e con campione studiato di soli adulti.

La stringa di ricerca in Medline utilizzando questa metodologia è stata: (((("Anti-Inflammatory Agents"[Mesh])) OR ("Analgesics"[Mesh]) OR "Analgesia"[Mesh]))) AND ("Pain"[Mesh]) OR "Pain Measurement" [Mesh])) AND ("Triage"[Mesh]). Ciò ha prodotto circa 40 risultati che ho successivamente selezionato consultando prima l'Abstract e poi il formato Full Text.

Per quanto riguarda la banca dati CINHALL invece, utilizzando CINHALL Headings, ho creato la seguente stringa di ricerca: (MH "Nursing Protocols") AND (MH "Pain") OR (MH "Pain Measurement") AND (MH "Triage"), reperendo con questa metodologia sei articoli, selezionati secondo gli stessi criteri di quelli trovati sulla piattaforma Pubmed.

Per poter avere una panoramica maggiore rispetto alla mia domanda di ricerca, ho consultato inoltre i siti internet [www.triage.it](http://www.triage.it) e [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it).

Questo elaborato è strutturato da un unico paragrafo, nel quale verranno analizzati e confrontati gli articoli reperiti dalla mia ricerca bibliografica e i risultati da questi ottenuti.

Infine nelle conclusioni verranno esposti gli esiti prodotti, cercando di rispondere alla domanda di ricerca, e verranno elencate le difficoltà riscontrate per svolgere la stesura del lavoro.

## L'ANALGESIA INFERMIERISTICA POST TRIAGE

E' stato stimato che il 75% dei pazienti che richiedono un trattamento presso il Pronto Soccorso stanno provando dolore, questo lo rende il sintomo più accusato e motivo di lamentela in tale Unità Operativa (Graham J., 2002). Tutto ciò fa ancora più riflettere se si pensa che approssimativamente il 70% delle persone che si presentano allo sportello dell'infermiere triagista con sintomatologia dolorosa acuta non riceve un trattamento che sia adeguato al proprio bisogno (Stalnikowicz, 2005).

Per tutti questi motivi ritardare la gestione del dolore o trattarlo scarsamente costituisce per il Dipartimento d'Emergenza un importante problema etico, morale e clinico ( Fry et al. , 2004).

Molte strategie sono state proposte per migliorare la tempistica di somministrazione di un analgesico nelle persone in attesa in Pronto Soccorso e quindi ridurre l'intensità del dolore nel minore tempo possibile, una di queste è l'analgesia infermieristica ( Sando, Usher & Buettner, 2009). Come già specificato nella parte introduttiva, il ruolo rivestito dall'infermiere triagista in questa procedura è sicuramente rilevante; sta proprio a questa figura infatti attribuire i codici di priorità sul paziente urgente per graduare l'accesso alle cure mediche in relazione alla loro potenziale gravità e urgenza ( Gruppo Formazione Triage, 2005). Una volta valutati i segni e sintomi della persona e definiti i propri bisogni assistenziali, sarà proprio questo professionista che attiverà il protocollo dell'analgesia.

Nel primo studio da me analizzato di Fry et al (2004), gli autori hanno voluto proporre un protocollo per il trattamento del dolore che potesse migliorare la sintomatologia durante l'attesa per la valutazione medica.

Questo studio è di tipo esplorativo prospettico di 12 settimane, condotto da Luglio a Ottobre del 2003 nel dipartimento d'emergenza del St. George Hospital Sydney, in Australia, per esaminare l'introduzione del protocollo di analgesia infermieristica con l'utilizzo di Panadeine Forte (1 gr di paracetamolo + 60 mg di codeina).

Nello studio sono state coinvolte le persone che si sono recate presso il Pronto Soccorso 24 ore su 24 e che hanno presentato sintomatologia dolorosa di una certa intensità; i criteri specifici di esclusione per quanto riguarda il campionamento sono riassunti nella tabella allegata numero 1.

Una volta risultati idonei, i pazienti sono stati classificati da personale infermieristico con esperienza almeno quinquennale e con corsi educativi alle spalle; la valutazione del dolore è stata ottenuta usando la Visual Analogue Scale (VAS) di 10 cm. Secondo questa metodica viene richiesto alla persona di marcare su una linea lunga 10 cm il punto dove si colloca il livello della sintomatologia provata in quel momento, dove 0 indica “assenza di dolore” e 10 “il peggior dolore provato” ( Bijur et al.; 2003).

Un totale di 202 pazienti hanno ricevuto il protocollo, dei quali 117 maschi e 85 femmine, e l'81%( n= 165) di essi è stato valutato in sede di Triage con codice verde.

La media del dolore pre-analgesia era di 6,8 cm, mentre la media della sintomatologia post trattamento, valutata dopo mezz'ora dalla somministrazione del farmaco, si è ridotta a 3,7 cm.

Il protocollo infermieristico in questo studio è stato distribuito nel 42.1% dei casi per problemi muscolo-scheletrici, nel 11.4% per ferite complesse, 9.9% per fratture, 11.4% infezioni, 10.2 % per altro tipo di dolore e il 15% dei pazienti ha abbandonato il dipartimento prima della valutazione da parte del medico.

Nello studio non sono stati registrati effetti avversi alla somministrazione della combinazione paracetamolo - codeina .

Questi dati raccolti durante i 12 mesi hanno sottolineato che gli infermieri con l'esperienza richiesta possono avvalersi di questo protocollo per il trattamento del dolore in modo sicuro e in grado di ridurre la sintomatologia del dolore nella maggior parte del campione.

Nonostante lo studio e i dati raccolti siano validi per dimostrare l'utilità del protocollo, tuttavia ho riscontrato un'importante limitazione: il Dipartimento d'Emergenza dove è stato condotto lo studio, infatti, è inserito in un contesto molto ampio dove sono presenti 24 ore su 24 infermieri con i requisiti adatti per attivare la procedura.

Applicare il medesimo trattamento in un contesto più piccolo sarebbe quindi molto difficile.

Un altro studio da me analizzato condotto da Finn et al (2012) si è proposto di verificare l'efficacia di un “Nurse-Initiated Pain Protocol” (NIPP).

Questo lavoro è stato effettuato nel Dipartimento d'Emergenza di un ospedale universitario di Perth, nell'Ovest dell'Australia.

Qui è stato introdotto e valutato un protocollo predefinito, sviluppato grazie alla collaborazione dello staff medico, infermieristico e farmaceutico dell'ospedale.

Lo studio è di tipo pre test-post test con un gruppo di controllo storico. Gli infermieri coinvolti nell'attivazione del protocollo sono tutti con esperienza e, alcuni di essi, hanno una specializzazione nell'area dell'emergenza ottenuta seguendo un corso della durata di dodici mesi.

Il campionamento effettuato ha coinvolto tutti gli adulti (> 18 anni) che si sono presentati nel Dipartimento d'Emergenza con dolore tra il 4 Aprile 2009 e il 25 Giugno 2009.

I criteri di esclusione sono stati: pazienti con dolore toracico di presunta origine cardiaca, cefalea, parametri vitali instabili, donne in stato di gravidanza o in allattamento e persone con allergia nota ai farmaci utilizzati nel protocollo.

Per quanto riguarda il gruppo di controllo, i dati sono stati raccolti nei dodici mesi precedenti l'inizio del protocollo.

La tabella allegata numero 2 mostra come i farmaci sono stati somministrati in base all'iniziale valutazione del dolore, eseguita utilizzando come strumento la Verbal Numeric Rating Scale (VNRS); in questo caso l'operatore valuta e rivaluta verbalmente l'intensità della sintomatologia chiedendo di dare un valore numerico da 0 (assenza di dolore) a 10 (peggiore dolore provato).

E' interessante come viene enfatizzata dalla procedura l'importanza della continua rivalutazione della persona coinvolta nel programma di analgesia: il punteggio della scala del dolore veniva infatti registrato il prima possibile durante la fase di triage e nei successivi 30 minuti in caso di somministrazione di ossicodone o morfina endovena, 60 minuti invece se l'assunzione di analgesia era avvenuta per via orale.

Per calcolare se l'effetto dell'analgesia fosse stato adeguato gli autori dello studio si sono basati sulla definizione di Jao, McD Taylor et al (2011), secondo la quale si può considerare un trattamento analgesico adeguato se il punteggio della scala VNRS diminuisce di almeno 2 punti oppure diventa minore di 4 alla successiva valutazione.

Il protocollo, illustrato nell'allegato numero 2, comprende in totale 889 pazienti, dei quali 144 fanno parte del gruppo "pre" di controllo, e i restanti 745 fanno parte del gruppo "post" intervento. Complessivamente l'88.8 % dei casi entrati nel Dipartimento nel corso dello studio rientrano principalmente in quattro categorie: la prima riguardante problemi all'apparato muscolo-scheletrico e ai tessuti connettivi (69.4%), la seconda problemi dell'apparato digerente (13.4%), la terza infezioni (9.7%) e l'ultima problemi all'apparato genito-urinario (5.3%).

Mettendo a confronto i due gruppi, nonostante quello di controllo avesse in proporzione un punteggio di VNRS di partenza inferiore e molti dei pazienti avessero già ricevuto trattamenti di analgesia non farmacologica, risulta che la frazione trattata con il protocollo ha raggiunto proporzioni significativamente più elevate di diminuzione del dolore, ottenendo una decrescita di tre o più punti rispetto al punteggio di VNRS iniziale. Infatti il 53.2% di pazienti ha ottenuto una riduzione del dolore adeguata, contro il 18.2% delle persone appartenenti al gruppo di controllo.

Dei 548 pazienti (74%) coinvolti nel protocollo, solo in 22 casi (4%) sono stati registrati dagli infermieri effetti collaterali. Tra questi solo 15 sono stati descritti: 8 situazioni di nausea e 7 di vertigini; in ogni caso non si sono verificati effetti collaterali importanti.

Gli autori dello studio hanno così dimostrato che il protocollo dell'analgesia infermieristica ha apportato notevoli miglioramenti per quanto riguarda la gestione del dolore nelle persone in attesa di una valutazione medica. Tuttavia, nonostante questo sia un traguardo importante ci sono ancora molti pazienti che in quelle circostanze non hanno ricevuto un trattamento adeguato del dolore; proprio per questo motivo andrebbero svolti ulteriori studi per avere miglioramenti aggiuntivi. Lo studio da me analizzato si è mostrato accurato e ricco di dati statistici per supportare la tesi sostenuta dagli autori; tuttavia una limitazione che può essere riscontrata è la differenza che intercorre tra il campione attuale dello studio e quello storico. Oltre a un'elevata diversità numerica anche le caratteristiche di sesso, età e intensità di punteggio della scala del dolore hanno aumentato il rischio di essere dati compromettenti per il risultato; per ovviare questa problematica gli autori si sono preoccupati di utilizzare la statistica multivariata.

Il successivo studio di tipo quasi sperimentale, con fasi ABA, è stato condotto dal Febbraio all'Agosto del 2010 nel Pronto Soccorso di un ospedale universitario svedese da Muntlin et al (2011). Il modello ABA si suddivide in questo lavoro in tre gruppi di campioni: A1 come linea di partenza con trattamento standard riguardante 50 partecipanti, B rappresenta l'intervento con un totale di 100 partecipanti e A2 il ritorno alla prima fase di trattamento standard con un campione sempre di 50 persone. Questo processo viene descritto in modo più dettagliato nell'allegato numero 3. L'obiettivo del lavoro è quello di dimostrare che l'analgesia infermieristica fornita nella fase B può influire in modo positivo sulla riduzione del dolore in Pronto Soccorso e per indagare questo aspetto i partecipanti sono stati selezionati in base a criteri di inclusione quali dolore addominale insistente presente da non più di 2 giorni, età superiore ai 18 anni e persone orientate nel tempo e nello spazio; mentre i criteri di esclusione sono stati dolore addominale causato da evento traumatico, bisogno di urgente trattamento e punteggio NRS uguale a 9-10. L'intervento descritto consiste in due parti: la prima di educazione e la seconda di valutazione infermieristica con conseguente analgesia con morfina per via endovenosa. Questa possibilità per i *registered nurse* di somministrare il farmaco sopracitato è stata attestata grazie alla partecipazione di un corso opzionale al termine del quale i professionisti hanno ottenuto l'idoneità a somministrare morfina seguendo il protocollo, senza contattare il medico di guardia. All'inizio il trattamento consiste nella prima valutazione effettuata dal triagista, da qui poi si arriva a stimare se la persona necessita o meno di un analgesico e registrare in cartella i motivi della scelta. L'analgisia viene offerta ai pazienti con scala di dolore NRS tra 4 e 8; in particolare l'infermiere può somministrare 2 mg di morfina per via endovenosa sottoforma di bolo e dopo 3 minuti può essere ripetuta un'altra dose pari a 1 mg. Il dosaggio massimo è stato fissato a 10 mg, ciò per assicurare alla persona assistita un trattamento efficace e sicuro allo stesso tempo e per scongiurare effetti avversi. Dopo aver provveduto all'esecuzione del protocollo l'infermiere è tenuto a monitorare i parametri vitali ogni 30 minuti fino alla valutazione del paziente da parte del medico. I dati raccolti dalle tre diverse fasi di studio hanno dimostrato che i livelli di partenza di scala NRS, ovvero 5.8 per la fase A1 e B e 5.7 nella A2, sono diminuiti maggiormente

nella fase B (quella riguardante il protocollo), arrivando a NRS 2.8 contro le fasi A1 e A2 nelle quali l'intensità registrata è stata 4.5. Tra le diverse aree di intervento ci sono state differenze anche riguardo la frequenza di somministrazione: nella fase B un totale di 65 pazienti ha ricevuto in media 3,3 mg di morfina mentre nelle altre due fasi solo il 46% ha ricevuto il trattamento standard di analgesia.

Per quanto riguarda gli effetti avversi registrati nel gruppo B solo un paziente ha avuto un abbassamento del valore della pressione arteriosa sistolica sotto i 90 mmHg, prontamente corretto con accorgimenti di tipo posturale.

Anche se un Randomize Control Trial (RCT) è considerato il miglior disegno di studio per provare l'efficacia di un intervento, gli autori hanno optato per lo studio di tipo ABA a causa di motivi pratici e economici; nonostante ciò assicurano che la metodologia da loro seguita è comunque appropriata per l'obiettivo dello studio e che la validità di questo intervento infermieristico viene ben dimostrata.

Per quanto concerne il panorama italiano non sono stati reperiti nella mia ricerca bibliografica studi riguardanti la validità dell'analgesia infermieristica, ma da circa un anno si stanno iniziando a compiere piccoli passi per quanto concerne l'argomento.

L'Azienda Ospedaliera Sant'anna di Como infatti, come tante aziende della provincia, nel Giugno 2012 ha elaborato un protocollo di Analgesia Post Triage (APT) con lo scopo di definire le modalità di rilevazione e gestione del dolore in fase post Triage stabilendo in modo esaustivo la terapia da somministrare per il controllo del dolore. Il protocollo viene applicato a tutti i pazienti maggiorenni in accesso al Pronto Soccorso che manifestano sintomatologia algica a carattere periferico o centrale, di origine traumatica o non traumatica con valutazione, secondo la Numeric Rating Scale (NRS), pari o superiore a 7. La procedura viene applicata alle persone per le quali è stato stimato dal triagista un tempo di attesa maggiore di 10 minuti. I criteri di esclusione invece riguardano i pazienti con codice di emergenza (codice rosso), tempo di attesa alla visita di meno di 10 minuti, donne in stato di gravidanza, persone con alterazioni croniche dello stato mentale e pazienti con dolore toracico atraumatico. Dopo l'iniziale valutazione e una volta registrati i parametri vitali il paziente con  $NRS \geq 7$  è inviato al Triage Avanzato, ove ha inizio il protocollo operativo. Per la scelta del farmaco da

somministrare quelli più indicati ai fini della procedura sono: per bocca Ibuprofene 600 mg ( paracetamolo e codeina) e per via intramuscolare Ketorolac 30 mg e Diclofenac 75 mg. La responsabilità della corretta applicazione del protocollo e della successiva rivalutazione del dolore nei 20-30 minuti dopo la somministrazione del farmaco è del triagista, un infermiere con un'esperienza di almeno 6 mesi nell'Unità Operativa del Pronto Soccorso.

Nonostante questo protocollo aziendale sia in vigore da quasi un anno, tuttavia non sono ancora stati eseguiti degli studi che indagassero riguardo la verifica della sua efficacia.

Una riflessione che può sorgere spontanea è il diverso approccio al trattamento del dolore da parte dei protocolli analizzati europei e extra europei e quello italiano. Mentre i primi si occupano soprattutto di intensità della sintomatologia riportate come medio- basse ( la maggior parte delle persone e con attese che si prospettano lunghe), nel protocollo dell'azienda comasca si è deciso di intervenire solo in casi di sintomatologia intensa, quindi su persone che avranno accesso alla sala visita in tempi ristretti.

## CONCLUSIONI

Dagli studi reperiti e analizzati per sviluppare questo elaborato si deduce che l'analgesia effettuata dall'infermiere triagista, dopo aver eseguito la valutazione primaria, riduce la sintomatologia dolorosa nella persona in attesa in Pronto Soccorso. Entrambi gli studi condotti in Dipartimenti d'Emergenza australiani, elaborati rispettivamente da Fry et al. (2004) e Finn et al. (2012), hanno dimostrato che i protocolli di analgesia avviati dall'infermiere di Triage sono in grado di ridurre in modo significativo il dolore alla persona in attesa di valutazione medica. Nel primo studio infatti si evidenzia una diminuzione del punteggio della scala VAS da 6.8 cm pre-analgesia a 3.7 cm post; nel secondo lavoro osservato invece si parla di un'adeguato trattamento della sintomatologia del dolore nel 53.2 % dei casi nel campione che ha subito il protocollo, contro i 18.2% dei partecipanti al gruppo di controllo. Allo stesso modo anche lo studio svedese condotto da Muntlin et al. nel 2010 approva l'utilizzo del protocollo analgesico infermieristico, mostrandone la sua validità con lo schema ABA; secondo queste fasi da un dolore iniziale di 5.8 NRS il gruppo A1 e A2 riescono a ridurre i sintomi con trattamento standard fino a 4.1 mentre il gruppo B, grazie al protocollo, al momento della dimissione registra un valore di NRS di 2.8. Nei diversi studi reperiti per la stesura di questo elaborato, è doveroso sottolineare il fatto che spesso viene evidenziata la relazione tra la riduzione del dolore nelle persone in attesa dopo il processo di Triage e la diminuzione dei relativi tempi d'attesa. Infatti, se la sintomatologia dolorosa viene trattata in modo precoce ed efficace si possono avere principalmente due vantaggi: prima di tutto il medico potrà occuparsi direttamente della diagnosi e del trattamento poichè l'aspetto dei sintomi è già stato valutato, e in secondo luogo una tale gestione migliorerebbe qualitativamente l'esperienza della persona, che si sente più considerata dal professionista (Nairn et al., 2004). Per concludere, alla domanda iniziale del presente elaborato si può rispondere affermativamente, in quanto tutti gli studi riportati confermano che l'analgesia infermieristica post-Triage riduce il dolore nella persona in attesa in Pronto Soccorso. Le difficoltà che ho incontrato nel processo di ricerca delle fonti

bibliografiche sono dovute principalmente a una scarsa letteratura europea e una quasi assente letteratura di tipo nazionale. Tutti gli studi riportati considerano la figura dell'infermiere triagista come colui che attua il protocollo come un professionista con esperienza nel Dipartimento di Emergenza di almeno 5 anni, oppure che abbia frequentato dei corsi di preparazione specifici di diversa durata. Vista l'importanza di questa figura nell'attuazione dei protocolli, sarebbe auspicabile che anche la realtà italiana un giorno possa diventare testimone di questo miglioramento per quanto riguarda il trattamento del dolore In Pronto Soccorso. Per fare ciò sarebbe utile rendere uniformi le linee guida riguardanti la formazione richiesta all'infermiere triagista e definire così in modo univoco la sua preparazione. Oltre alle diverse competenze che questa figura potrà assumere, si deve sottolineare come riportato nel Decreto Ministeriale 739/94 che: "L'infermiere identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico". Inoltre, come recita il Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009 nell'articolo 11: "L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca" e inoltre all'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". L'auspicio è quello che anche la realtà italiana, prendendo esempio da quelle straniere, possa trovare nuove soluzioni e creare nuove prospettive per la professione infermieristica. Il lavoro svolto non è stato semplice, soprattutto vista l'iniziale difficoltà nel reperire le fonti riguardanti la mia domanda di ricerca e selezionare quelle più autorevoli. La problematica trovata nell'affrontare questa tematica è legata sicuramente anche al fatto che questa rientra, considerando il Modello delle Prestazioni Infermieristiche (Cantarelli, 2003), al bisogno di procedure terapeutiche. Si tratta quindi di un bisogno definito indotto e per questo motivo ad alta interdipendenza professionale, motivo per il quale trattare l'argomento al fine di strutturare un elaborato finale del corso di laurea triennale di Infermieristica non è stato facile. Nonostante ciò il mio interesse legato a questo concetto e il fatto che la professione infermieristica sia sempre in continua

crescita, hanno reso possibile approfondire e studiare l'argomento in modo piacevole al fine dare una risposta alla mia domanda di ricerca.

## BIBLIOGRAFIA

Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como (2012) Procedura Operativa di Analgesia Post Triage ( A.P.T.)

Benner P. (1982) From novice to expert. *American Journal of Nursing*; 82(3): 402-407

Bijur P., Latimer C., Gallagher E. (2003) Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*; 10(4):390-2

Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. 2<sup>a</sup> edizione. Milano: Masson

Casey G. (2011) Pain – the fifth vital sign. *Kai Tiaki Nursing New Zealand* ; 17(5), 24-29

Comitato Centrale Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2009). Codice Deontologico dell'infermiere 2009 [online]. Disponibile da:  
<http://www.ipasvi.it/documenti/CODICE%20DEONTOLOGICO%202009.pdf>  
[consultato il 6 giugno 2013]

Finn C., Rae A., Gibson N., Swift R., Watters T., Jacobs I. (2012) Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurse-initiated pain protocol: A before-and-after study. *Contemporary Nurse*; 43(1): 29-37

Fry M., Ryan J., Alexander N. (2004) A prospective study of nurse initiated panadeine forte: expanding pain management in the ED. *Accident and Emergency Nursing*; 12(3): 136-140

Graham J. (2002) Adult patients' perceptions of pain management at triage: a small exploratory study. *Accident and Emergency Nursing*; 10(2): 78-86

Gruppo Formazione Triage (2005) Triage Infermieristico. 2<sup>a</sup> edizione. Milano: McGraw-Hill

Jao K., Taylor D., Taylor S., Khan M., Chae J. (2011) Simple Clinical targets associated with a high level of patient satisfaction with their pain management. *Emergency Medicine Australasia*; 23(2): 195-201

Muntlin A., Carlsson M., Safwenberg U., Gunningberg L. (2011) Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*; 48(1):13-23

Nairn S., Whotton E., Marshal C., Roberts M., Swann G. (2004) The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*; 12(3): 159-65

Sando J., Usher K., Buettner P. (2009) Nurse initiated narcotics: Their role in optimum patient management. *Australasian Emergency nursing Journal*; 12(4): 155-156

Sironi C., Baccin G. (2006) Procedure per l'assistenza infermieristica. Milano: Masson

Stalnikowicz R., Mahamid R., Kaspi S., Brezis M. (2005) Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *International Journal for quality in Health Care*; 17(2): 173-6.

Wilson J., Pendleton J. (1989) Oligoanalgesia in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*; 7(6): 620-3

## ALLEGATO N. 1

Tabella tratta dall'articolo "A prospective study of nurse initiated panadeine forte: expanding pain management in the ED" di Fry et al.

<b>Table 1 Patient exclusion criteria for nurse initiated Panadeine Forte</b>
Patients in severe pain
Patients < 15 years of age
Patients who are haemodynamically unstable (P > 100, BP < 100 systolic)
Patients with an altered LOC ( GCS < 15) or respiratory rate < 12/min
Patients with severe liver impairment
Patients presenting with possible ischaemic chest pain
Patients presenting with shortness of breath as a major presenting complaint
Patients presenting with headache
Patients with abdominal pain
Patients must not be allergic to codeine or paracetamol
Patients who have taken a total of 4 gr or more of Paracetamol in the previous 24 h

## ALLEGATO N.2

Tabella tratta dall'articolo "Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurse-initiated pain protocol: A before-and-after study" di Finn et al.

Table 1: ED nurse-initiated analgesia protocol- according to initial pain score	
Pain Score	Action
Mild 1-3	2x paracetamol 500 mg (=1g) Or 3x paracetamol 500 mg tabs if patient's estimated weight is more than 100 kg Or 2x ibuprofen 200 mg (=400 mg) if paracetamol is contraindicated
Moderate 3-6	2x paracetamol 500 mg/ codeine 30 mg ("Panadeine Forte") Or PO 3x ibuprofen 200 mg/ codeine 12.8 mg ("Nurofen Plus")
Severe 7-10	Patient to go through to ED assessment area ASAP, then 2x paracetamol 500 mg Plus 3x ibuprofen 200 mg Plus IV morphine – 2.5 mg boluses up to 10 mg Or If patient cannot proceed through to ED assessment area, then 2x paracetamol 500 mg Plus 3x ibuprofen 200 mg Plus 1-2 Endone 5 mg tabs (Max 10 mg)

### ALLEGATO N.3

Descrizione delle differenti fasi dello studio condotto nell'articolo " Outcomes of a nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study" di Muntlin et al.

