



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

DIPARTIMENTO DI SPECIALITÀ MEDICO-
CHIRURGICHE, SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITÀ
PUBBLICA

Corso di Laurea
in Infermieristica

Elaborato finale

OLIGOANALGESIA IN PRONTO SOCCORSO:
LA PERCEZIONE DEL FENOMENO DA PARTE
DELL'ÉQUIPE DI CURA

Referente: Dott.ssa Chiara Pedercini

Laureanda:
Michela Festa

Matricola n. 716526

Anno Accademico 2018/2019

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: LA GESTIONE DEL DOLORE ACUTO IN PRONTO SOCCORSO...3	
1.1. DEFINIZIONE DEL DOLORE.....	3
1.2. OLIGOANALGESIA	5
1.3. STATO D'ARTE DELLA GESTIONE DEL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO	7
1.4. GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO.....	11
1.5. SCOPO DELLA RICERCA	13
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI.....	15
2.1. OBIETTIVI E DISEGNO DELLO STUDIO.....	15
2.2. REVISIONE/ESPLORAZIONE DELLA LETTERATURA	16
2.3. L'INDAGINE SUL CAMPO: IL CAMPIONE DELLO STUDIO	21
2.4. STRUMENTO DI RACCOLTA DATI: IL QUESTIONARIO.....	21
2.4.1 ELABORAZIONE DEI DATI.....	23
CAPITOLO 3: RISULTATI.....	24
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE.....	36
CONCLUSIONI	42
BIBLIOGRAFIA	45

INTRODUZIONE

Questo lavoro di ricerca origina dal desiderio di indagare quale importanza venga attribuita al dolore acuto e quanto sia percepito il fenomeno dell'oligoanalgesia, inteso come mancato o dilazionato trattamento analgesico, in un Servizio di Pronto Soccorso, da parte del personale medico e infermieristico. L'idea di questo elaborato è nata durante il periodo di tirocinio trascorso in Pronto Soccorso, nel corso del quale ho potuto osservare e partecipare in prima persona alle dinamiche di un reparto di emergenza urgenza. Ivi ho avuto la possibilità di notare come il dolore sia un sintomo che accomuna, nelle sue differenti accezioni e sfumature, la maggioranza dei pazienti che accedono a questo servizio.

Il dolore acuto costituisce il più frequente sintomo di presentazione in pronto soccorso, dal 42% al 78% degli accessi in varie casistiche (M.J. Pletcher et al. 2008). Un' adeguata gestione del dolore sta venendo sempre di più concettualizzata e promossa come diritto umano: l'International Association for the Study of Pain (IASP) ha asserito formalmente il diritto di ciascun individuo ad avere identificato il proprio dolore, ad essere informato riguardo ai trattamenti attuati per la gestione di tale sintomo, e ad avere accesso, senza discriminazioni, ad un adeguato trattamento del dolore da parte di clinici professionisti. Pertanto, un idoneo e precoce trattamento antalgico garantirebbe una riduzione della sofferenza e morbilità. Malgrado l'opera di informazione svolta per offrire all'utenza 'ospedali senza dolore', è esperienza comune, suffragata da studi presenti in letteratura, di come tale sintomo venga gestito e trattato in maniera inadeguata. Negli ultimi 25 anni la letteratura scientifica ha dimostrato come il dolore venga insufficientemente trattato in pronto soccorso. Nonostante i clinici siano dubbiosi riguardo la persistenza e pervasività del problema, errori sistematici riguardo all'adeguatezza del trattamento del dolore continuano ad essere osservati e studiati (D. Carter, P. Sendziuk et al. 2016). Wilson and Pendleton (Wilson JE, Pendleton JM, 1989) coniarono il termine "oligoanalgesia" per descrivere le lacune nel corretto riconoscimento e trattamento del dolore. Alcuni studi hanno dimostrato che più del 70% dei pazienti che accedono in pronto soccorso manifestando dolore abbiano ricevuto un inadeguato trattamento analgesico (Todd HK, Ducharme et al. 2007). La Joint Commission (2006) ha comprovato come un'imprecisa, o talvolta mancata,

valutazione del dolore sia la principale causa dell'insufficiente trattamento di questo. L'infermiere di triage, in tale contesto, riveste un ruolo strategico in quanto è la prima figura erogatrice di assistenza sanitaria che valuta il dolore del paziente che si reca in Pronto soccorso. Suddetto momento risulta focale nell'opportunità della corretta e ottimale gestione del dolore.

Lo scopo di questo elaborato vuole essere quello di indagare riguardo la percezione che i professionisti hanno rispetto il fenomeno dell'oligoanalgesia e l'importanza che riveste il trattamento precoce del dolore acuto in un servizio di Pronto Soccorso. A tal proposito si è somministrato un questionario creato *ad hoc*, in quanto assente in letteratura uno strumento confacente allo scopo, all'équipe di Pronto Soccorso, nel quale è stato garantito l'anonimato, per l'esplorazione di tale tematica.

CAPITOLO 1: LA GESTIONE DEL DOLORE ACUTO IN PRONTO SOCCORSO

1.1 DEFINIZIONE DEL DOLORE

Il dolore è “un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, e comunque descritta in termini di danno” (*International Association for the Study of Pain, 1979*) che quando insorge acutamente costituisce il principale motivo di accesso in Pronto Soccorso.

Il dolore è un’esperienza personale e soggettiva, risultato di un’interazione tra componenti sensoriali, che interessano il trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia al sistema nervoso centrale, e componenti emozionali ed emotive, che influenzano la percezione del dolore stesso. Il dolore è quindi identificabile come un complesso insieme di interazioni, nel quale fattori di diversa entità e tipologia ne influenzano caratteristiche ed essenza. Il dolore, tra tutti i sintomi, è quello che maggiormente reca preoccupazione ed angoscia negli individui, motivo per il quale è il principale campanello di allarme che spinge a recarsi in pronto soccorso, in quanto impatta notevolmente sulla qualità della vita e percezione della stessa. Proprio per questo viene definito come il quinto parametro vitale.

Dal punto di vista clinico si possono identificare differenti tipologie di dolore in base alle caratteristiche, alla durata, responsività terapeutica e al motivo di comparsa: si distingue il dolore acuto, il dolore cronico ed il dolore procedurale.

Il dolore acuto, a differenza delle altre due tipologie di dolore, può assumere una funzione di protezione e/o conservazione per la salute e la sopravvivenza, evocando reazioni finalistiche di difesa e agendo come segnale d’allarme per la minaccia di un danno. Più sovente accade però che il dolore acuto sia inutile e dannoso fin dalla sua comparsa, in quanto provoca sofferenza a finalistica e sproporzionata rispetto alla gravità del fattore causale, oppure lo diventi dopo aver esaurito la sua funzione d’allarme iniziale. È inoltre noto che la risposta dell’organismo al dolore può costituire un motivo di aggravamento delle condizioni generali (es. ipoventilazione a scopo antalgico per dolore addominale, tachicardia e ipotensione in pazienti con coronaropatie, ecc.). Si rende quindi necessario un tempestivo ed adeguato trattamento del dolore.

Sulla base di queste premesse, l'OMS insiste sulla necessità del pronto e pieno trattamento del dolore come diritto fondamentale del malato, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations richiede, nei suoi standard di qualità, che tutti i pazienti siano valutati per il dolore e che alla valutazione segua un adeguato trattamento, identificando il dolore come quinto parametro vitale da monitorare durante il trattamento di tutti i pazienti.

1.2 OLIGOANALGESIA

Nell'articolo "Oligoanalgesia in the emergency Department" (Wilson JE e Pendleton JM, 1989), viene utilizzato per la prima volta il neologismo "oligoanalgesia" per esplicitare in modo impressivo l'abituale paucità, se non la completa assenza, di interventi atti a sedare il dolore acuto nel Dipartimento di Emergenza ospedaliero. Tale articolo rivela che il 56% degli accessi in pronto soccorso per dolore acuto non ha ricevuto trattamenti analgesici. Del 44% dei pazienti al quale è stato somministrato un trattamento analgesico, il 69% ha dovuto aspettare più di un'ora per riceverlo, mentre il 42% più di due ore. Nel 2007, un primo studio prospettico multicentrico ha confermato le precedenti considerazioni, affermando che il dolore in Pronto Soccorso continua ad essere scarsamente trattato: i pazienti riferiscono un elevato livello del dolore, sia al momento della loro accettazione che alla dimissione, con modesti miglioramenti durante la permanenza in reparto (K.H. Todd et al. 2007). È la constatazione di un comportamento che ancora oggi è diffuso tra il personale del Pronto Soccorso, nonostante esso sia a conoscenza del fatto che il dolore acuto non è solo un segnale di allarme utile per indirizzare inizialmente la diagnosi, ma è anche un sintomo accompagnato da alterazioni sistemiche neurovegetative, neuroendocrine e psichiche che incidono negativamente sul giudizio dei pazienti in merito alla qualità del trattamento, ostacolando l'alleanza terapeutica con i curanti, e che, soprattutto, possono aggravare significativamente la patologia di base. La scarsa attenzione al trattamento del dolore in pronto soccorso riconosce diverse cause riconducibili a pregiudizi culturali, psicologici e cognitivi. Emergono quindi plurime criticità in tale frangente: i tempi di trattamento (door-to-drug interval) particolarmente lunghi, nello specifico per i pazienti con dolore severo, e la scarsa percentuale di pazienti trattati con terapia antalgica. In studi comparativi sia il medico che l'infermiere tendono nel generale a sottostimare l'intensità del dolore del paziente. Ciò potrebbe essere la conseguenza di inadeguato, o addirittura assente, strumento per la rilevazione e valutazione del dolore. Tra le motivazioni più frequenti del non effettuare l'analgesia da parte dei curanti vi è la paura che essa falsi la valutazione neurologica del paziente e mascheri i segni clinici utili per la diagnosi. Tra le giustificazioni riportate per l'oligoanalgesia si riscontra anche il timore che il paziente non possa esprimere un

consenso adeguato; in realtà sembra vero proprio il contrario, in quanto sotto la coercizione del dolore il paziente sarà disposto a dare qualunque consenso pur di non sentire male, mentre invece se il dolore viene controllato egli potrà comprendere le informazioni in modo corretto ed esprimere un consenso valido. Nonostante le evidenze affermino l'importanza di un immediato e precoce trattamento del dolore, e le conseguenze di un inefficace e dilazionato trattamento di quest' ultimo, da uno studio osservazionale prospettico si evince come il tempo medio di accesso ad un trattamento analgesico in pronto soccorso sia di 87.5 minuti, rispetto ai 30 minuti raccomandati dalle evidenze (C. Hatherley, N. Jennings et al. 2016), e il 42.5% dei pazienti ammessi alla coorte non abbia ricevuto nessun trattamento, sia per scelta personale che per opinione del medico (T. Brow, A. Shetty et al. 2018). Tale studio dimostra come il fenomeno dell'oligoanalgesia, sia ancora presente nei reparti di emergenza e come sia difficile da arginare. L'insufficiente trattamento del dolore in Pronto Soccorso è causato, fondamentalmente, da due lacune: lacune nelle evidenze scientifiche inerenti alla gestione del dolore ed al suo trattamento nei reparti di emergenza e urgenza, e lacune nelle linee guida cliniche (D. Carter, P. Sendziuk et al. 2016). Linee guida internazionalmente omologate raccomandano ai professionisti di programmare la gestione del dolore in base a ciò che il paziente riporta e manifesta, in quanto il dolore è strettamente individuale e non dipende unicamente dai meccanismi fisici del danno, dall'estensione della ferita o da fattori meramente osservabili. Non vi sono misure oggettive del dolore percepito dal paziente, ma fattori associati, quali iperalgesia, risposte comportamentali, indebolimenti funzionali e risposte fisiologiche che possono contribuire alla definizione, e quantificazione, di questo. Tuttavia, vi è evidenza, contrariamente alle disposizioni formali, che non tutti i professionisti gestiscano il trattamento del dolore sulla base di ciò che riferisce il paziente, attribuendo maggior importanza agli elementi che possono direttamente osservare, soffermandosi principalmente sui segni che sui sintomi. (D. Carter, P. Sendziuk et al. 2016).

1.3 STATO D'ARTE DELLA GESTIONE DEL DOLORE IN PS

In questi ultimi anni in Italia si sono registrati importanti progressi normativi, formativi ed organizzativi sul trattamento del dolore in emergenza ed urgenza, tematica di vitale importanza. Un fondamentale progresso è stata l'approvazione della Legge n.38 "disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" pubblicata nella Gazzetta ufficiale n° 65 del 19 Marzo 2010. Essa rappresenta a livello Europeo un legge modello che recepisce e formalizza quanto disposto dalla Carta dei diritti sul "dolore inutile" e al suo interno inserisce l'implementazione del progetto ospedale-territorio senza dolore, con l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica. È sancito il diritto a non soffrire inutilmente, al riconoscimento del dolore e all'accesso al trattamento di quest'ultimo. Il successivo e determinante sviluppo è stata la pubblicazione nel 2014 sulla rivista *Minerva Anestesiologica* delle "Raccomandazioni Inter societarie Italiane sulla gestione del dolore in emergenza", che hanno l'obiettivo di fornire una rivisitazione interdisciplinare della diagnosi e del trattamento del dolore nei vari contesti dell'emergenza. Si sottolinea l'importanza di un'attenta e accurata valutazione e rilevazione del dolore, in sede di triage, secondo scale validate e condivise. Tali raccomandazioni sono il risultato di un progetto sviluppato nel periodo 2010-2014 nell'ambito della Società Italiana di Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) con la partecipazione di altre società interdisciplinari e interprofessionali: SIMEU, SIS 118, AISD, SIARED, CICUT, IRC. Elaborate in base ad una scrupolosa valutazione delle evidenze in letteratura, le raccomandazioni sottolineano l'importanza di:

- Identificare i segnali di rischio (Red Flags) per evitare errori di diagnosi e attuare la terapia più adatta, particolarmente in ambito di cefalee, low back pain, intenzioni suicide, sindromi depressive, tendenze all'addiction/pseudoaddiction, seguendo le indicazioni delle più recenti linee guida internazionali. Nel primo approccio al paziente con sintomatologia algica, infatti, è fortemente raccomandato eseguire l'anamnesi ed il primo esame fisico, finalizzandolo alla esclusione dei red flags diagnostici, allo scopo di identificare precocemente i pazienti che necessitano di un ulteriore approfondimento diagnostico.

- Valutare e documentare la presenza e l'intensità del dolore in maniera sistematica, con rivalutazione dopo ciascun intervento analgesico, predisponendo apposita modulistica per la documentazione sia delle condizioni cliniche che della presenza ed intensità del dolore.

Un'accurata valutazione del paziente e della sintomatologia dolorosa è indispensabile ai fini sia della scelta dell'analgesico che della via di somministrazione. Altrettanto importante è procedere a rivalutazione dopo i singoli interventi analgesici. La diagnosi di dolore acuto ed il suo trattamento dovrebbero essere costantemente eseguiti in tutti i pazienti trattati in emergenza, sia in ambito pre-ospedaliero che in Pronto Soccorso. A tutti i pazienti sin dal loro arrivo in PS dovrebbero essere valutate le eventuali allergie ed intolleranze, misurato il livello di dolore e trascritto tale valore sul documento clinico (cartella clinica, scheda di triage e scheda del 118). L'introduzione di protocolli analgesici di guida infermieristica per il triage potrebbe portare ad un consistente vantaggio nei tempi di trattamento del dolore. È stato dimostrato che l'introduzione della valutazione del dolore tra i parametri da registrare in triage determina un importante miglioramento clinico, andando a ridurre il tempo necessario affinché i pazienti ricevano l'opportuno trattamento analgesico. Per poter effettuare un adeguato trattamento antalgico e valutarne l'efficacia è indispensabile "misurare" il dolore mediante un approccio soggettivo/oggettivo, tenendo presente la complessità del sintomo dolore che è per definizione un'esperienza personale con quattro componenti: nocicezione, sensazione, sofferenza e comportamento. Se il paziente è in grado di descrivere il proprio dolore, allora si hanno a disposizione indicatori maggiormente affidabili per l'individuazione e la misurazione del sintomo algico in termini di intensità, frequenza e qualità. In pratica, nell'approccio al paziente con dolore acuto si deve prestare estrema attenzione alla rappresentazione che il paziente fa delle caratteristiche e degli effetti del proprio dolore, considerare e valutare il comportamento derivato, misurare e documentare i parametri fisiologici maggiormente identificativi di un paziente affetto da dolore. Durante l'interrogazione del paziente riguardo le caratteristiche del suo dolore deve essere valutata: l'origine del sintomo (a riposo oppure sotto sforzo); se viene provocato da sforzo, digitopressione, respirazione o attenuato da riposo; la qualità del dolore; la regione o l'irradiazione; l'intensità

misurata utilizzando le differenti scale di valutazione e il tempo di comparsa e durata. L'intensità del dolore avvertito è la variabile quantitativa che maggiormente interessa ai fini della terapia antalgica, per stabilirne l'indicazione, scegliere il trattamento più appropriato e verificarne l'efficacia; il problema è misurare l'intensità del dolore utilizzando un criterio validato e riproducibile che sia in grado di garantire una valutazione che sia la più precisa possibile. Lo strumento per la misurazione dell'intensità del dolore avvertito dal paziente dovrebbe essere semplice, utilizzabile indipendentemente dall'età e dalla condizione culturale, cognitiva ed emotiva del paziente e nel contesto sia intra che extraospedaliero. Allo scopo vengono utilizzate differenti scale di valutazione, ognuna delle quali presenta specifici vantaggi e limiti. Nell'ambito dell'applicazione delle linee guida del progetto "Ospedale senza dolore", da anni si è diffuso l'utilizzo di scale unidimensionali validate (European Society for Medical Oncology, 2008; Expert Working Group, 2001; National Comprehensive Cancer Network, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008; WHO, 1996) per la valutazione del dolore.

Per "unidimensionali" si intende che valutano una sola dimensione del dolore, ovvero la sua intensità misurata dal paziente:

1. VAS (Scott Huskisson 1976) (scala analogica visiva): rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore. L'ampiezza è rappresentata da una linea lunga 10cm, in cui l'estremità sinistra indica l'assenza di dolore, mentre l'altra rappresenta il peggior dolore immaginabile. Il paziente deve tracciare un segno sulla linea che quantifichi il suo dolore considerando l'assenza di dolore il punto di partenza per la misurazione.
2. NRS (Downie 1978; Grossi 1983) scala numerica dell'intensità del dolore rappresentata su un grafico/proposta verbalmente. Identifica con un numero tra 0 e 10 il livello di dolore avvertito. Essa supera l'ostacolo della coordinazione visiva e motoria, ed è facilmente eseguibile nell'immediato e nelle emergenze extraospedaliere.
3. SCALA DESCRITTIVA, presentata in forma grafica o verbale; definisce l'intensità del dolore con termini descrittivi (nessun dolore, lieve, moderato, intenso, molto intenso, inimmaginabile). Molto agevole da somministrare ma non consente una valutazione accurata del dolore.

4. ESPRESSIONI FACCIALI DI WONG-BAKER: viene somministrata quando il paziente non è in grado di esprimersi verbalmente (espressioni del viso, posizione antalgica, smorfie, vocalizzi...), utilizzata specialmente in ambito pediatrico.

Nonostante la pubblicazione di tali raccomandazioni, e gli studi presenti in letteratura riguardo ai meccanismi del dolore acuto, all'identificazione dei fattori che portano ad un carente trattamento del dolore e allo sviluppo di strategie evidence-based, risulta ancora difficile calare nell'esercizio quotidiano della pratica clinica tali conoscenze (I. Decoster, O. Hulgi et al. 2007), poiché vi è una carenza di linee guida specifiche per il trattamento di tale sintomo nei reparti di emergenza urgenza ospedalieri (A. Allione, R. Melchio et al. 2010). Per arginare il fenomeno dell'oligoanalgesia, al fine di diminuire immediatamente il sintomo, aumentare l'aderenza terapeutica e migliorare la sensazione di presa in carico globale, nel panorama italiano, presso diversi pronto soccorso, sono stati introdotti, percorsi per il trattamento precoce del dolore a partire dal triage, dove il protagonista è proprio l'infermiere, che agisce in autonomia, secondo protocollo. Un esempio è rappresentato dal Pronto Soccorso di Pinerolo, nel quale è stato attuato un protocollo di gestione precoce del dolore da parte dell'infermiere di triage: dei 180 utenti presentatisi in Pronto Soccorso con dolore, nel periodo della sperimentazione, nel 51% dei casi è stata somministrata terapia al triage secondo protocollo. Nel 49% dei pazienti che non ha ricevuto terapia antidolorifica, l'81% l'ha rifiutata, mentre il restante 17% ha riferito assunzione di antidolorifico al domicilio. L'83% degli assistiti riferisce diminuzione del sintomo dolore. L'introduzione del protocollo ha ridotto a 5 minuti l'attesa media per il trattamento del dolore, rispetto ai 45 minuti previsti per la valutazione medica. Tale protocollo è stato adoperato da tutti gli infermieri di triage. Il 75% degli operatori ritiene che il dolore è un sintomo importante da considerare come quinto segno vitale e il 95% degli utenti ha dichiarato di sentirsi prontamente preso in carico. Per il 70% delle persone trattate con terapia antidolorifica in sede di triage, l'attesa risulta meno lunga. Risulta quindi che il protocollo messo in uso sia efficace, migliori l'assistenza erogata e la presa in carico del paziente. (A. Ghione, F. Badariotti 2014)

1.4 GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO

L'infermiere viene riconosciuto come una figura professionale competente e fondamentale nel campo della terapia del dolore, attraverso la somministrazione di trattamenti antalgici farmacologici e non. Il dolore, se non adeguatamente trattato, incide notevolmente sulla qualità e percezione della vita del paziente; è quindi necessario che gli infermieri intervengano al fine di migliorare il comfort e la qualità di vita, nella misura in cui questo limita l'autonomia della persona nel soddisfacimento dei propri bisogni. L'assistenza infermieristica, così come viene intesa oggi, si realizza sul piano della personalizzazione, focalizzandosi specialmente sui bisogni degli assistiti e traducendo questi ultimi in offerta assistenziale idonea. Il Codice Deontologico degli infermieri del 2019, afferma che l'infermiere si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'uguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza distinzione di alcun tipo (capo I, Art. 3) e che l'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona (capo IV, Art. 18).

Il dolore somatico è uno dei principali sintomi di presentazione che i pazienti riferiscono più sovente in sede di triage in pronto soccorso. Nonostante ciò, è esperienza comune, suffragata da numerosi lavori presenti in letteratura, di come questo sintomo sia trattato in maniera inadeguata: nel 70% dei casi tale sintomo non è né quantificato, né tanto meno trattato, nonostante il 18% dei pazienti si attenda una completa risoluzione del problema. Risulta inoltre che il livello di soddisfazione dell'utente è direttamente correlato non solo al trattamento del dolore e alla sua completa regressione, ma anche alla capacità degli operatori sanitari di gestire il sintomo. (T. Brown, A. Shetty et al. 2018). Viene evidenziato come gli utenti debbano attendere, circa settanta minuti, prima di ricevere l'analgia, mentre gli stessi si aspetterebbero un tempo di attesa inferiore, di circa venti minuti (Fosnocht DE, Heaps ND et al, 2004). È necessario quindi che nei Dipartimenti di Emergenza si ponga particolare attenzione al trattamento precoce del dolore, sintomo invalidante. Tale ruolo strategico e fondamentale può essere rivestito

dall'infermiere durante il primo approccio al paziente in sede di triage. Ciò è possibile se al paziente viene riservata fin dal principio un'attenta e meticolosa valutazione del proprio dolore da parte del personale infermieristico, il quale, se stabilito dal protocollo interno, potrebbe somministrare un trattamento antalgico farmacologico. Fondamentale è quindi la valutazione della severità e intensità del dolore, che deve risultare scevra dai giudizi e pregiudizi dell'infermiere.

1.5 SCOPO DELLA RICERCA

L'oligoanalgesia risulta essere un fenomeno comune e complesso, caratterizzato e determinato da innumerevoli e, differenti tra loro, fattori, che rendono difficile arginarlo e controllarlo nella maniera più idonea. Essendo un fenomeno difficilmente oggettivabile è ostico inquadrarlo e determinarlo in modo puntuale e preciso, in quanto esso è il risultato di molteplici ed eterogenee variabili. In tale contesto, per definirlo e analizzarlo, possono essere individuate variabili concernenti la componente culturale sia del personale che dei pazienti, variabili legate alla percezione di tale fenomeno tra il personale sanitario, all'esperienza e competenza maturata nell'esercizio della professione da parte dei sanitari e variabili organizzative del reparto in questione.

Essendo il dolore un'esperienza personale e soggettiva, essa viene interpretata, manifestata e recepita diversamente in base alle caratteristiche dei soggetti stessi, personale sanitario e paziente, in base al contesto culturale in cui ci si trova e in base al bagaglio esperienziale delle persone coinvolte. La differenza sociale, dal punto di vista etnico, valoriale ed economico, che sussiste tra il personale sanitario e il paziente può influire negativamente sul trattamento e la gestione del dolore in quanto la manifestazione di tale sintomo varia notevolmente in base alla personalità e alla cultura del paziente che lo esprime. Proprio perché il dolore è profondamente individuale, bisognerebbe basare il governo di questo su ciò che riferisce il paziente e non sui segni chiaramente osservabili; si è per l'appunto riscontrata una preferenza per i segni piuttosto che per i sintomi in quanto questi ultimi sono considerati soggettivi e meno importanti dei segni. (D. Carter, P. Sendziuk et al. 2016). La componente culturale influisce anche sul desiderio di ricevere un trattamento atto a sedare il dolore: le motivazioni che portano i pazienti a non volere antidolorifici sono rappresentate (1) dalla preoccupazione per gli effetti collaterali del farmaco, (2) dal timore che, avendo sedato il dolore, la diagnosi venga falsata, (3) da un'alta tolleranza al dolore e dal desiderio di ricevere una più celere diagnosi. Nonostante la letteratura dimostri la pervasività di tale fenomeno, alcuni professionisti sono ancora titubanti riguardo la prevalenza dell'oligoanalgesia nei Pronto Soccorso (S.M. Green 2012), ciò è legato per l'appunto alla percezione che i sanitari hanno riguardo l'importanza della gestione del dolore nei reparti di

emergenza-urgenza. Percezione che si riflette anche nella gestione del paziente, in quanto, talvolta, le informazioni, riguardo alla procedure e alle condizioni cliniche, che vengono trasmesse al paziente sono insufficienti e frazionarie. Anche le relazioni interpersonali che si instaurano tra i sanitari ed il paziente giocano un ruolo strategico nella corretta gestione del dolore; è dimostrato come la soddisfazione del paziente sia strettamente correlata ad uno stile di comunicazione empatico e proattivo (T. Brown, A. Shetty et al. 2018).

Le variabili organizzative del reparto hanno un grosso impatto sulla precoce ed adeguata gestione del dolore: uno studio retrospettivo ha rilevato un'associazione tra oligoanalgesia, definita come ritardo nel trattamento del dolore e mancato trattamento del dolore, e sovraffollamento del pronto soccorso (Jesse M. Pines 2008). Quale è il numero corretto di personale sanitario in turno affinché vi sia un governo ottimale del dolore ed una presa in carico del paziente completa? L'organizzazione del servizio riesce a sopperire alle richieste di assistenza sanitaria e al corretto management del sintomo dolorifico? I tempi di trattamento per la terapia antidolorifica rispettano gli standard di riferimento?

Un altro elemento fondamentale sul quale investigare è rappresentato dall'esperienza, dagli anni di esercizio, e dalla competenza del personale sanitario; componenti che influiscono notevolmente sul modo di agire e sulla sicurezza, nell'operare in autonomia, dei professionisti.

In tale contesto lo scopo della ricerca, analizzando le variabili che caratterizzano il fenomeno dell'oligoanalgesia, è quello di definire il ruolo dell'infermiere, e la sua attitudine, nella gestione del trattamento precoce del dolore acuto in Pronto Soccorso, essendo per l'appunto l'infermiere di triage la prima figura sanitaria, erogatrice di assistenza, con la quale ci si confronta all'ingresso di un reparto di emergenza urgenza.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 OBIETTIVI E DISEGNO DELLO STUDIO

L'idea di questo elaborato è nata durante il periodo di tirocinio trascorso in Pronto Soccorso, dove ho potuto osservare e partecipare in prima persona alle dinamiche di un reparto di emergenza urgenza. In tale frangente ho avuto la possibilità di notare come il dolore, motivo principale per la quale un paziente si reca in pronto soccorso, sia un sintomo che accomuna, in maniera varia e differente, la maggior parte degli utenti che accedono a questo servizio, e come questo, ed il suo trattamento, influisca notevolmente sulla qualità e percezione di vita degli stessi.

L'obiettivo del lavoro è quello di comprendere la rilevanza che riveste il trattamento del dolore acuto in un Pronto Soccorso e indagare riguardo alla percezione che gli operatori hanno del fenomeno dell'oligoanalgesia. Ciò ha stimolato un'indagine conoscitiva allo scopo di indagare la percezione del fenomeno e le strategie che vengono messe in campo dal singolo, e dall'organizzazione di reparto, per arginarlo.

L'elaborato è di natura esplorativa e descrittiva; al fine di raccogliere i dati necessari ed idonei allo studio, è sembrato appropriato procedere mediante le seguenti fasi:

1. Inizialmente, è stata effettuata una prima ricerca consultando libri di testo, pubblicazioni e articoli online trattanti l'argomento attraverso motori di ricerca quali Google Scholar e TRIP Metadatabase per poter delimitare l'argomento intorno a concetti chiave.

I quesiti di background posti prima di iniziare la ricerca sono stati:

- Cosa è il fenomeno dell'oligoanalgesia?
- Che importanza viene attribuita al sintomo algico in Pronto Soccorso?
- Quali sono i fattori che influenzano il corretto trattamento analgesico in Pronto Soccorso?
- Quali sono i motivi per cui questo fenomeno è difficilmente arginabile?
 - Motivazioni organizzative di reparto?
 - Strumenti inadeguati a indagare l'esperienza del dolore?
 - Pregiudizi da parte dell'equipe di cura?

- Quali interventi si possono attuare per arginare o ridurre il fenomeno dell'oligoanalgesia?
2. Una volta individuato nello specifico il focus dell'indagine, è stata approfondita la tematica attraverso l'utilizzo di banche dati biomediche generali e specialistiche online, abstract, linee guida e riviste a tema sanitario in merito al fenomeno dell'oligoanalgesia e al trattamento precoce del dolore in pronto soccorso. Nello specifico sono state consultate Bioethic, Evidence, International Journal of Emergency Medicine, British Journal of Anaesthesia, Journal of Pain Research, Annals of Emergency Medicine e Emergency care journal e bibliografia citata da articoli rinvenuti su internet. Le principali banche dati online consultate sono state PubMed e Cochrane Library.
 3. Dopo aver eseguito un'analisi della letteratura si è deciso di procedere allo studio del problema attraverso un'analisi della realtà. Tale fase è stata espletata mediante l'elaborazione di un'indagine conoscitiva tematica e dunque tramite la somministrazione di un questionario al personale medico e infermieristico del reparto di Pronto Soccorso del Polo Ospedaliero in questione. L'indagine conoscitiva è stata realizzata durante le prime due settimane del mese di Settembre 2019 al quale hanno partecipato 45 infermieri e 17 medici.

Al termine di ciascuna fase si è provveduto ad analizzare in modo critico i risultati emersi e a confrontarli con le informazioni ottenute dalla ricerca della letteratura.

2.2 REVISIONE/ ESPLORAZIONE DELLA LETTERATURA

L'indagine nella letteratura di seguito riportata è stata necessaria per indagare riguardo la percezione che il personale infermieristico e medico ha nei confronti della sintomatologia algica, per determinare le variabili che influiscono sul trattamento e sulla valutazione del dolore acuto in pronto soccorso e per investigare sulla pervasività del fenomeno dell'oligoanalgesia.

Tra il mese di Maggio 2019 e Agosto 2019 sono state consultate le banche dati PubMed per i singoli studi e SBBL. Le parole chiave utilizzate e diversamente combinate tra loro sono state: “oligoanalgesia”, “Emergency Department”, “pain”, “crowding”, “pain management”, “patient expectations”, “pain relief”, “pain control”. Ciascuna ricerca è stata condotta mediante l’interpolazione di un massimo di tre *keywords*, avvalendosi dell’utilizzo dell’operatore booleano AND. Tutta la letteratura reperita è compresa tra il 2000 e il 2018 fatta eccezione per un articolo risalente al 1989. Sono stati considerati per gran parte del lavoro articoli in lingua inglese a causa dell’insufficienza di letteratura in lingua italiana relativa al fenomeno.

Di seguito si riporta, in forma tabellare ^{Tabella I}, la sintesi delle fonti della letteratura, trovate e selezionate per la presentazione dei risultati. Sul numero totale degli articoli reperiti per ogni sito o banca dati, sono stati selezionati, sulla base dello studio degli abstracts, quelli inerenti allo scopo della ricerca.

Tabella I: Report della strategia di ricerca bibliografica

FONTE	KEYWORDS	TITOLO	AUTORE	PUBBLICAZIONE
Banca dati: PubMed	Oligoanalgesia AND Emergency Department	<i>“Association between pain control and patient satisfaction outcomes in the emergency department setting”</i>	Brown T.; Shetty A.; Zhao D.F.; Harvey N.; Yu T.; Murphy M.	Emergency Medicine Australasia, 2018
			Todd KH.;	J Pain, 2007

		<p><i>“Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study”</i></p>	<p>Ducharme.; Choiniere; Crandall .; Fosnocht; Homel; Tanabe</p>	
		<p><i>“Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain”</i></p>	<p>Decodester I.; Hugli O.; Tamchès E.; Blanc C.; Mouhsine E.; Givel J.; Yersin B.; Buclin T.</p>	<p>Annals of Emergency Medicine, 2007</p>
		<p><i>“Why is Pain Still Under-Treated in the Emergency Department? Two New Hypotheses”</i></p>	<p>Carter D.; Sendziuk P.; Elliott JA.; Braunack-Mayer A.</p>	<p>Bioethics, 2016</p>
			<p>Allione A.; Melchio</p>	

		<i>“Factors influencing desired and received analgesia in emergency department”</i>	R.; Martini G.; Dutto L.; Ricca M.; Bernardi E.; Pomero F.; Menardo V.; Tartaglin o B.	Internal and Emergency Medicine, 2011
Banca dati: PubMed	oligoanalgesia	<p><i>“There is oligo-evidence for oligoanalgesia .”</i></p> <p><i>“Oligoanalgesia in the emergency department.”</i></p> <p><i>“Increased analgesia administration in emergency medicine after implementation of revised guidelines.”</i></p>	<p>Green SM.</p> <p>Wilson JE.; Pendleton JM.</p> <p>Van Woerden G.; Van Den Brand CL.; Den Hartog CF.; Idenburg</p>	<p>Annals of Emergency Medicine, 2012</p> <p>The American journal of Emergency medicine, 1989</p> <p>International journal of emergency medicine, 2016</p>

			FJ.; Grooten dorst DC.; Van Der Linden MC.	
Banca dati: PubMed	Crowding ED AND pain	<i>“Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain.”</i>	Pines JM.; Hollander JE.	Annals of emergency medicine, 2008
Fonte: rivista scientifica online		<i>“Oligoanalgesia in pronto soccorso: da un audit retrospettivo a un percorso clinico-assistenziale.”</i>	Pennacchio E.; Summa D.; Autilio M.	Evidence, 2012
Fonte: rivista scientifica		<i>“L’infermiere di triage nella gestione precoce del dolore acuto in pronto soccorso.”</i>	Palermo P.; Fagiani A.; Bottino G.; Crocco L.; Luparia A.	Emergency care journal, 2007
Fonte: rivista scientifica		<i>“La gestione del dolore acuto in pronto soccorso. Valutazione dell’efficacia di un intervento di miglioramento.”</i>	Gavetti D.; Frigerio S.; Di Giulio P.; Dimonte V.	Emergency care journal, 2008

Banca dati: Pub Med	patient expectations AND pain relief AND ED	<i>“Patient expectations for pain relief in the ED.”</i>	Fosnocht DE.; Heaps ND.; Swanson ER.	The American journal of emergency medicine, 2004
---------------------	---	--	--------------------------------------	--

2.3 L'INDAGINE SUL CAMPO: IL CAMPIONE DELLO STUDIO

Lo studio è rivolto ad un campione di differente età, di genere sia maschile che femminile e con differente titolo di studio. Tutti i partecipanti allo studio svolgono la propria professione come medici o infermieri presso il reparto di Pronto Soccorso dell'azienda presa in questione. Il campione di professionisti è stato raccolto mediante la distribuzione cartacea del questionario. Dei 57 infermieri e 18 medici, esercenti la propria professione nel pronto soccorso prescelto per la conduzione di tale studio, hanno partecipato rispettivamente 45 infermieri e 17 medici. La partecipazione volontaria dei membri del campione ha permesso di mantenerne l'anonimato rendendo impossibile risalire all'autore della compilazione. La numerosità campionaria raggiunta è stata di 62 questionari compilati e consegnati, precisamente l'82,7%.

2.4 STRUMENTO DI RACCOLTA DATI: IL QUESTIONARIO

Per l'indagine è stato adottato uno studio osservazionale. La ricerca è stata possibile grazie alla stesura di un questionario anonimo somministrato, in formato cartaceo, al personale medico e infermieristico del servizio di Pronto Soccorso. Il questionario si rivolgeva ad un campione di individui di diverso genere, diversa età e di varia esperienza lavorativa, tutti accomunati dall'esercizio della propria professione nel reparto di Pronto Soccorso. L'approccio di tipo cartaceo è stato ritenuto il più idoneo in relazione all'obiettivo dello studio, in quanto si rivolgeva ad un limitato e ben circoscritto campione. L'indagine si è svolta nelle prime due settimane di Settembre 2019. L'anonimato del questionario ha permesso la spontaneità e la fedeltà delle risposte. Al momento della distribuzione sono stati

chiariti i contenuti e le finalità della ricerca, il trattamento e l'uso dei risultati oltre ad essere stati riportati come nota introduttiva all'inizio del questionario. Non essendo presente in letteratura uno strumento idoneo, che andasse ad indagare riguardo a tale fenomeno e tematica, si è scelto di procedere con la stesura di un questionario realizzato ad hoc.

Le domande di ricerca sono finalizzate a:

- Raccogliere informazioni circa la percezione da parte dell'equipe di cura del reparto di pronto soccorso del fenomeno dell'oligoanalgesia.
- Rilevare il livello di importanza assegnato al sintomo dolorifico da parte del personale infermieristico e medico.
- Indagare riguardo l'eshaustività e l'efficacia delle scale di valutazione del dolore utilizzate, e dei sistemi informatici, per comprendere nella sua totalità l'esperienza del dolore.
- Raccogliere informazioni legate a quanto la cultura professionale del singolo professionista influisca sulla percezione del dolore e sull'adozione di strategie che assicurino la migliore presa in carico del paziente.
- Indagare quanto la cultura legata all'organizzazione del reparto influisca negativamente o positivamente sull'adeguato trattamento del dolore
- Rilevare il livello di gradimento, sia da parte del personale infermieristico che medico, riguardo l'adozione di protocolli infermieristici per la gestione precoce del dolore in sede di triage, tramite la somministrazione di antidolorifici precisi e stabiliti.

Tale questionario risulta strutturato in quattro parti. La prima parte è inerente ad i dati anagrafici riguardanti l'età del campione, il sesso, l'anno di Laurea/diploma e l'anzianità nel reparto di Pronto Soccorso.

Procedendo, il modulo realizzato risulta suddiviso in tre parti così distinte:

- *Sezione A: cultura personale*

Costituita da 6 domande specifiche a risposta multipla con la possibilità di una sola risposta tra le quattro proposte, indicante il grado di accordo o disaccordo rispetto alla domanda. Lo scopo di tale sezione è di indagare circa l'importanza che viene

attribuita, dal singolo professionista, al sintomo algico, alla sua valutazione, e alla percezione dell'equipe di cura rispetto alla pervasività, o meno, del fenomeno dell'oligoanalgesia.

- *Sezione B: cultura professionale*

Nel questionario somministrato al personale infermieristico tale sezione risulta costituita da 5 domande a risposta multipla con la possibilità di scelta tra le 4 proposte, indicante il grado di accordo o disaccordo rispetto alla domanda. Due delle domande permettono un commento, o una motivazione riguardo la risposta assegnata. Nel questionario rivolto al personale medico, suddetta sezione risulta ridotta: presenta solo tre delle 6 domande proposte al personale infermieristico, in quanto attinenti e pertinenti all'esercizio della professione infermieristica e non a quella medica. Questa sezione ha lo scopo di indagare riguardo il sistema valoriale del singolo professionista, legato al codice deontologico e al dovere di agire, insito in ogni individuo in base all'importanza che viene attribuita al dolore del paziente ed al paziente stesso.

- *Sezione C: cultura legata all'organizzazione*

Costituita da 7 domande, per il personale infermieristico, e 5 per il personale medico, a risposta multipla con la possibilità di scelta di una sola affermazione tra le quattro proposte, indicante il grado di accordo rispetto alla domanda. Lo scopo di questa sezione è di indagare quanto l'organizzazione del reparto di Pronto Soccorso influisce sul trattamento, sulla valutazione e sulla rivalutazione in uscita del sintomo algico. È inoltre sondato il grado di accordo, sia da parte degli infermieri che dei medici, riguardo l'introduzione di un protocollo infermieristico per la gestione precoce del dolore in sede di triage tramite la somministrazione di antidolorifici precisi e stabiliti.

2.4.1 ELABORAZIONE DEI DATI

I dati ottenuti dai questionari compilati venivano sintetizzati manualmente e ordinati parallelamente alle risposte ricevute.

Successivamente i risultati sono stati elaborati mediante il programma Microsoft Office Excel avvalendosi della statistica descrittiva.

CAPITOLO 3: RISULTATI

La rielaborazione dei risultati è avvenuta secondo le seguenti modalità:

- Analisi e descrizione generale dei dati. Sono state associate le risposte di infermieri e medici e riportate tutte le categorie di risposta utilizzate per la descrizione del fenomeno (per nulla, poco, del tutto, mai); questa modalità permette di avere una visione globale dello stesso all'interno dell'équipe; i risultati sono descritti attraverso la rappresentazione grafica (istogrammi);
- Analisi e descrizione specifica dei dati. In relazione ad ogni domanda inoltre, si è proceduto a rielaborare i risultati dividendoli fra le professionalità indagate (infermieri e medici) oltre che stratificare le stesse secondo la variabile esperienza ($>$ o \leq a 5 anni), in quanto considerata dalla letteratura come una dei possibili fattori in grado di influenzare la percezione e la gestione del fenomeno indagato (rif. Capitolo 1). In questa fase si è deciso di associare i parametri *“per nulla”* e *“poco”* in un'unica categoria denominata *“poco”*, e i parametri *“molto”* e *“del tutto”* nella categoria *“molto”*. Laddove non è stata data risposta alla domanda si è ritenuto opportuno inserire il dato all'interno del parametro *“no data”*. I risultati sono descritti attraverso l'utilizzo di tabelle di sintesi.

Per convenienza le domande rivolte solamente al personale infermieristico sono state inserite, nella rielaborazione dei risultati, come sotto-domande alla domanda di riferimento, i cui destinatari sono sia medici che infermieri. Così facendo i numeri delle domande comuni ad entrambi i questionari risultano i medesimi.

TABELLA DEL CAMPIONE

La somministrazione dei questionari al personale medico e infermieristico del servizio di Pronto Soccorso del polo ospedaliero in questione, ha visto complessivamente una buona partecipazione, rispettivamente 45 infermieri e 17 medici su un totale di 57 infermieri e 18 medici, quindi in percentuale, l'82,7% di adesione. Risulta quindi possibile e proficuo analizzarne i risultati ottenuti.

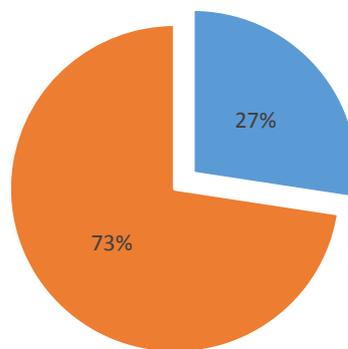


Grafico 1: campione

MEDICI



Grafico 2: esperienza medici

INFERMIERI

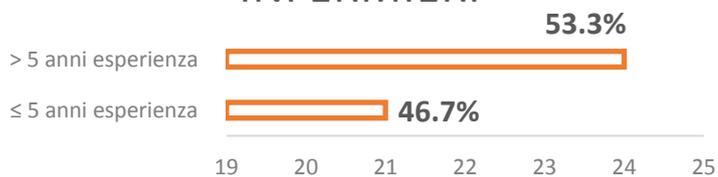


Grafico 3: esperienza infermieri

- Sezione A: cultura personale

Quesito 1) Pensa che il paziente si riterrà più soddisfatto con il trattamento precoce del dolore acuto?

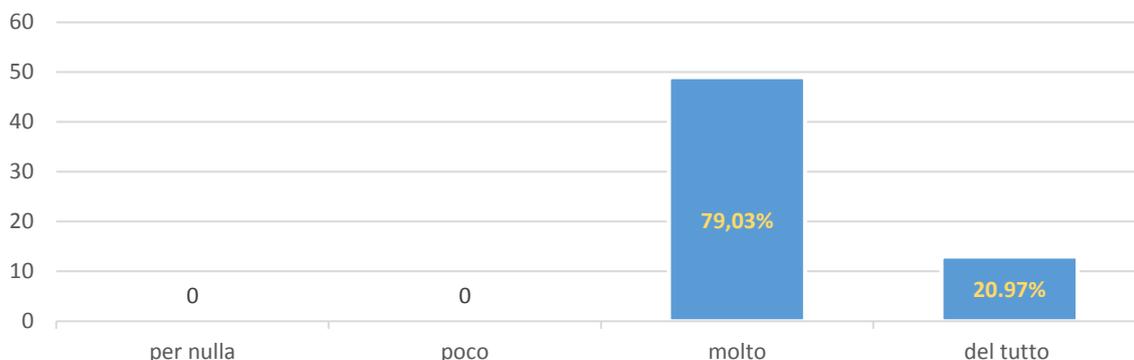


Grafico 4: risposta quesito 1

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
		35,29%			64,71%			53,33%			46,67%

Tabella II: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 1

Quesito 2) Ha l'impressione che a volte il paziente "esageri" la sintomatologia dolorosa dichiarando un valore sulla scala NRS più alto dell'atteso in relazione alla diagnosi?

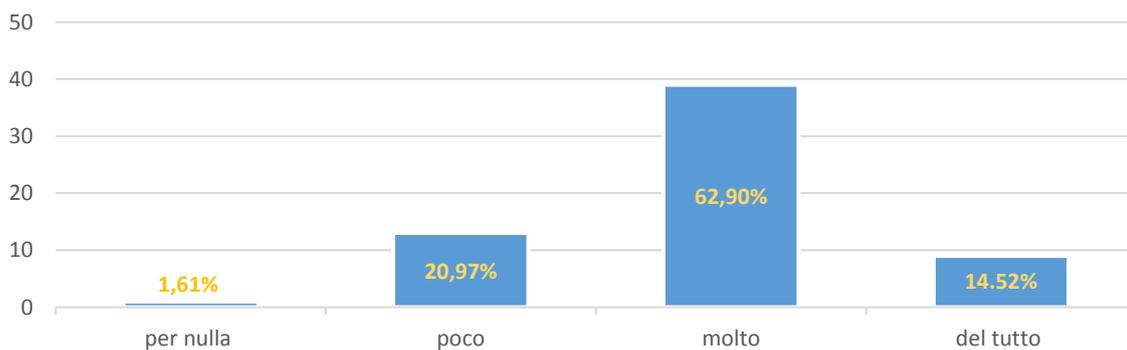


Grafico 5: risposta quesito 2

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
5,88%		29,41%	11,76%		52,94%	8,89%		44,44%	15,56%		31,11%

Tabella III: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 2

Quesito 3) Se ha risposto poco, molto, del tutto, cosa pensa sia opportuno fare?

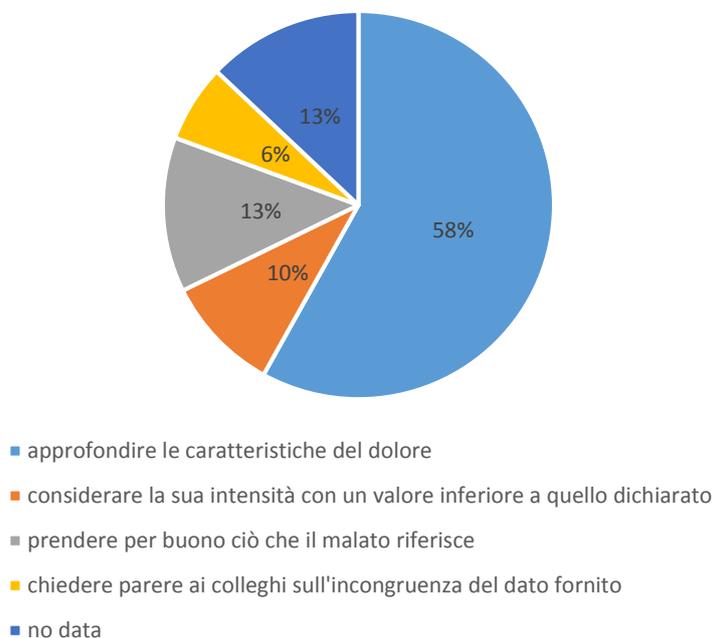


Grafico 6: risposta quesito 3

Quesito 4) Secondo lei la scala NRS è sufficiente per comprendere l'esperienza del dolore?

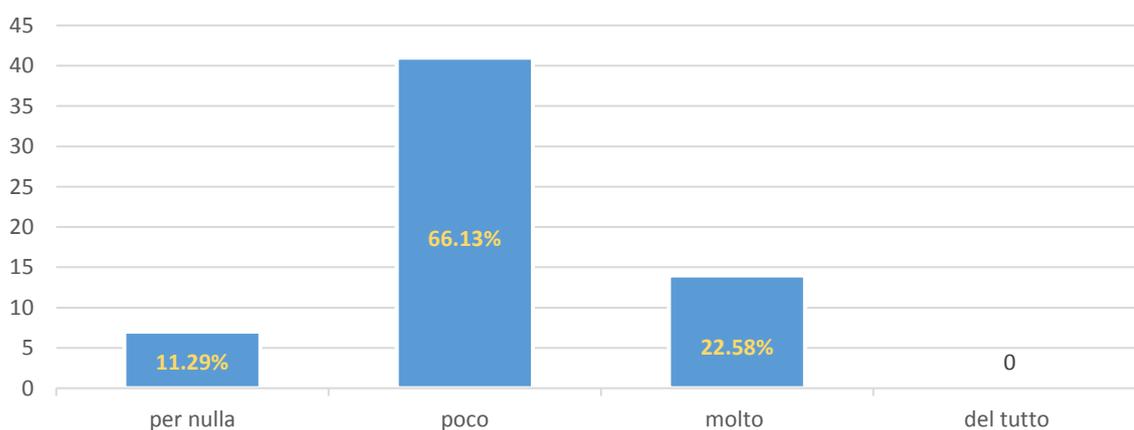


Grafico 7: risposta quesito 4

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
35,29%			47,06%		17,65%	44,44%		8,89%	31,11%		15,56%

Tabella IV: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 4

Quesito 5) Basa la valutazione del dolore su ciò che riferisce il paziente?

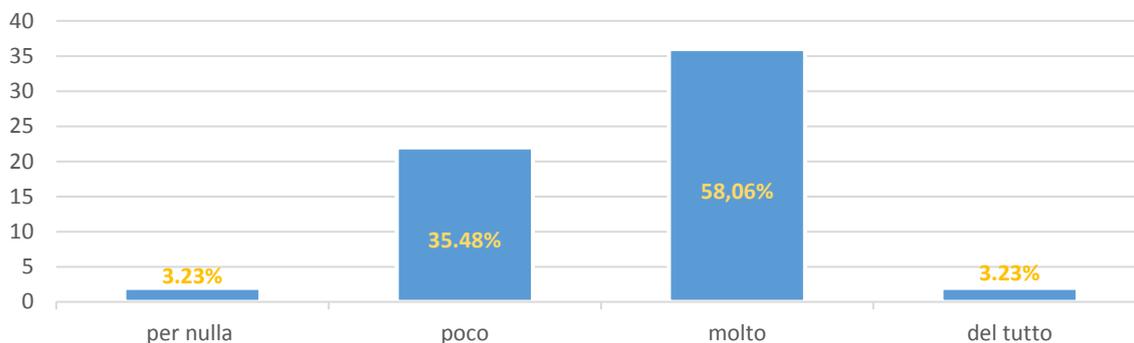


Grafico 8: risposta quesito 5

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
17,65%		17,65%	23,53%		41,18%	24,44%		28,89%	13,33%		33,33%

Tabella V: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 5

Quesito 6) Secondo lei, il fenomeno dell'oligoanalgesia, inteso come mancato o dilazionato trattamento antidolorifico, è presente nel reparto in cui lavora?

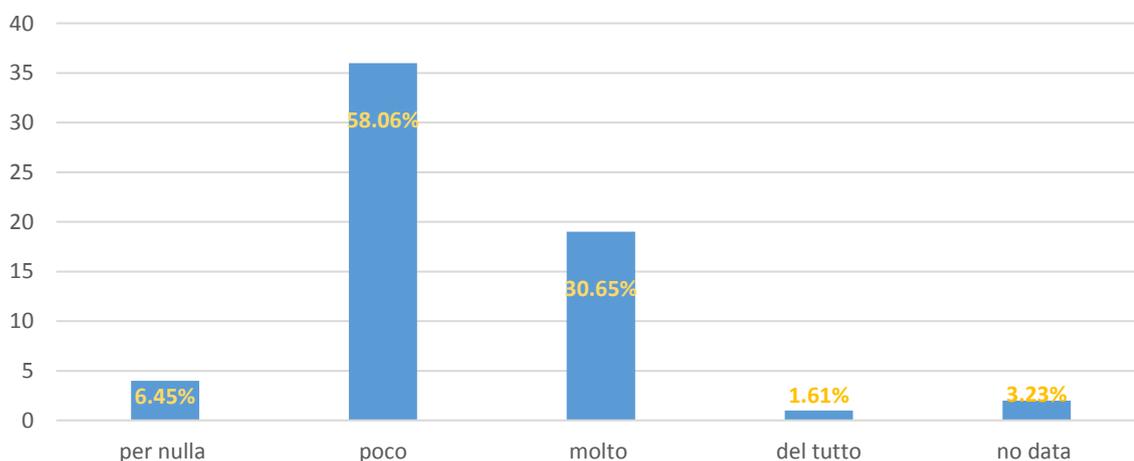


Grafico 9 : risposta quesito 6

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
35,29%			23,53%	5,88%	35,29%	35,56%	2,22%	15,56%	31,11%		15,56%

Tabella VI: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 6

- Sezione B: cultura professionale

Quesito 7) Ritiene che il paziente venga correttamente informato riguardo le sue condizioni e le tempistiche di trattamento?

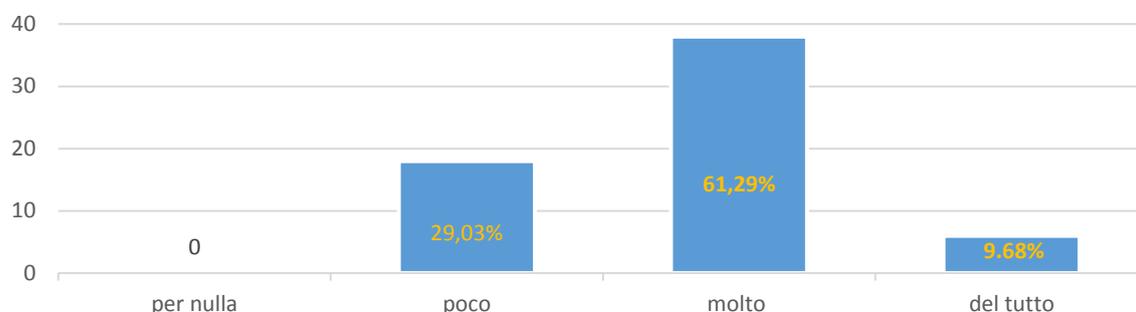


Grafico 10: risposta quesito 7

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
17,65%		17,65%	11,76%		52,94%	15,56%		37,78%	13,33%		33,33%

Tabella VII: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 7

Quesito 8) Pensa che il trattamento precoce del dolore acuto in triage possa alterare la valutazione medica nella successiva valutazione all'interno della sala visita?

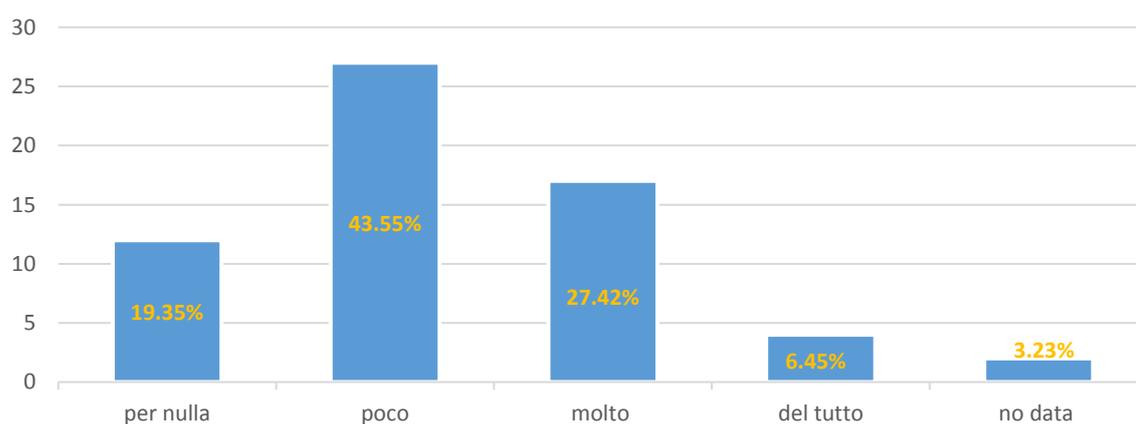


Grafico 11: risposta quesito 8

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
23,53%		11,76%	41,18%	5,88%	17,65%	35,56%	2,22%	15,56%	26,67%		20,00%

Tabella VIII: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 8

Quesito 9) Con che frequenza le capita di dover personalizzare il monitoraggio standard per rispondere al bisogno rilevato?

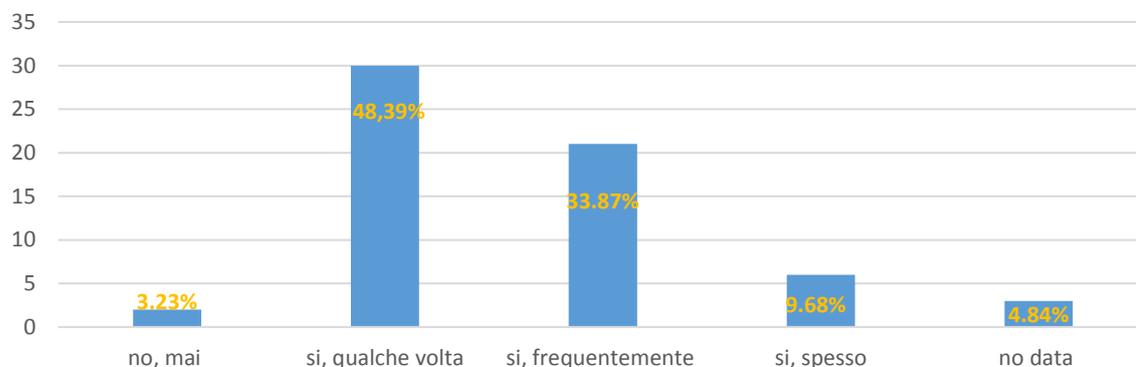


Grafico 12: risposte quesito 9

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
23,53%		11,76%	47,06%		17,65%	17,78%	2,22%	33,33%	26,67%	4,44%	15,56%

Tabella IX: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 9

Quesito 9a) Quando ritiene che un paziente abbia bisogno di uno stretto monitoraggio o necessiti di una pronta valutazione del medico, ma le condizioni organizzative sono complesse (ad esempio sovra flusso, codici rossi..), riesce ad attivare delle strategie che assicurino la presa in carico?

Domanda rivolta solo al personale infermieristico.

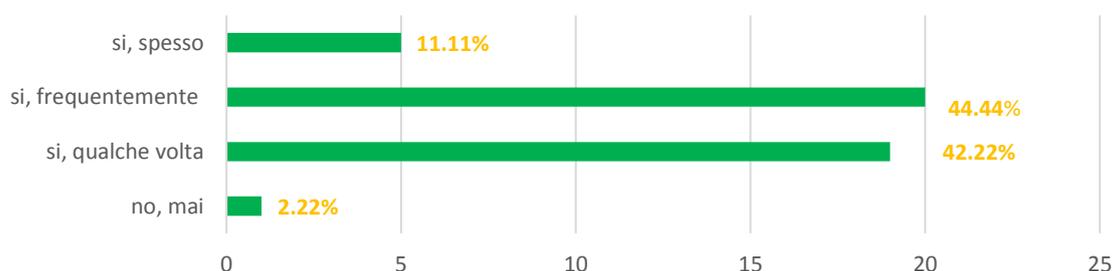


Grafico 13: risposte quesito 9a

INFERMIERI					
Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
15,56%		37,78%	28,89%		17,78%

Tabella X: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 9a

Quesito 9b) Mediamente, dopo quanto tempo dal triage viene rivalutato un paziente che presenta un valore di NR>5/6?

Domanda rivolta solo al personale infermieristico

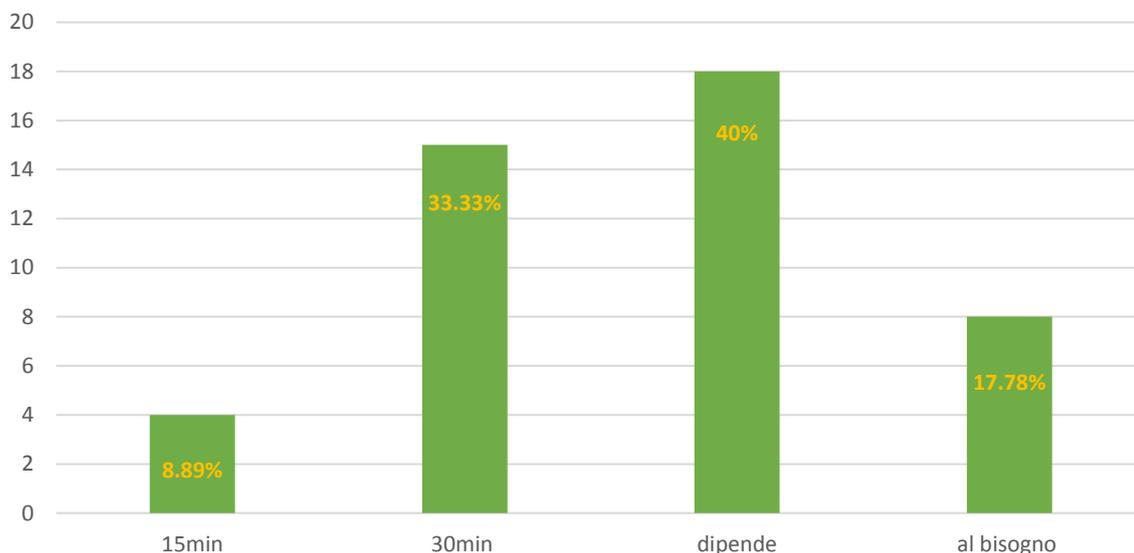


Grafico 14: risposte quesito 9b

L'opzione "dipende" permette una motivazione della risposta data; di seguito vengono riportate le risposte differenziandole in base all'esperienza del personale infermieristico.

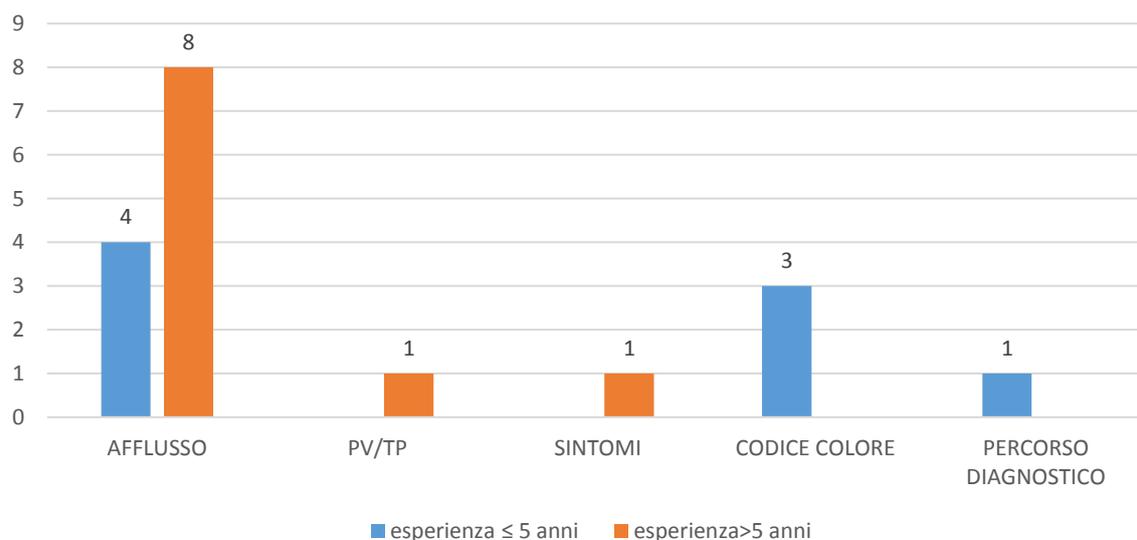


Grafico 15: motivazioni asserite alla risposta "dipende" classificate in base all'esperienza quesito 9b

- Sezione c: cultura legata all'organizzazione

Quesito 10) Pensa che il tempo che intercorre tra l'arrivo in reparto del paziente che manifesta sintomatologia dolorosa e la somministrazione di terapia antalgica sia adeguato?

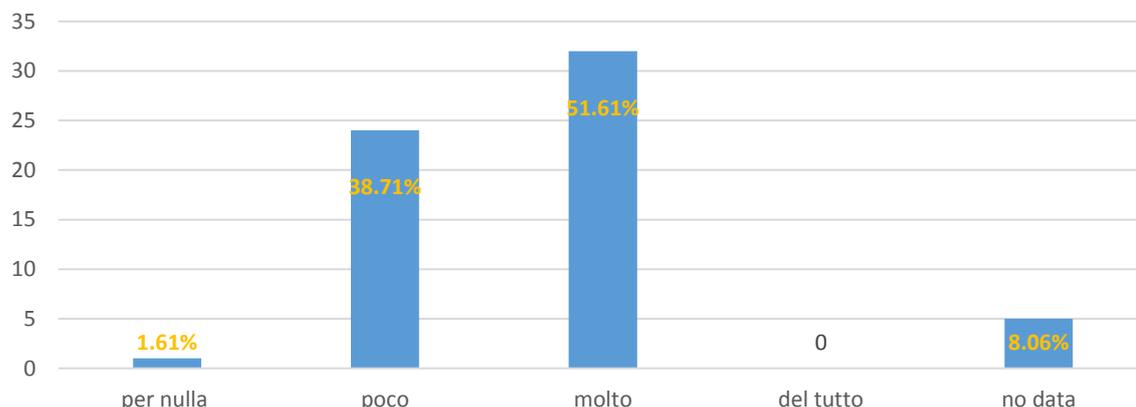


Grafico 16: risposte quesito 10

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
11,76%		23,53%	35,29%		29,41%	17,78%	8,89%	26,67%	20,00%	2,22%	24,44%

Tabella XI: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 10

Quesito 11) Ritiene che il sistema informatico attualmente in uso sia adeguato per la corretta rilevazione e documentazione del dolore?

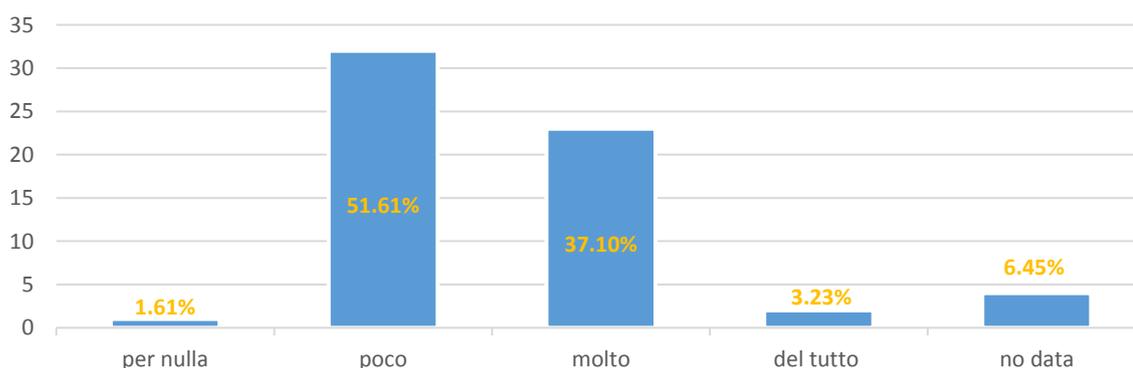


Grafico 17: risposte quesito 11

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
29,41%		5,88%	41,18%		23,53%	22,22%	6,67%	24,44%	24,44%	2,22%	20,00%

Tabella XII: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 11

Quesito 12) Secondo lei, l'introduzione di un protocollo infermieristico per la gestione precoce del dolore in sede di triage, tramite la somministrazione di antidolorifici precisi e stabiliti, sarebbe possibile?

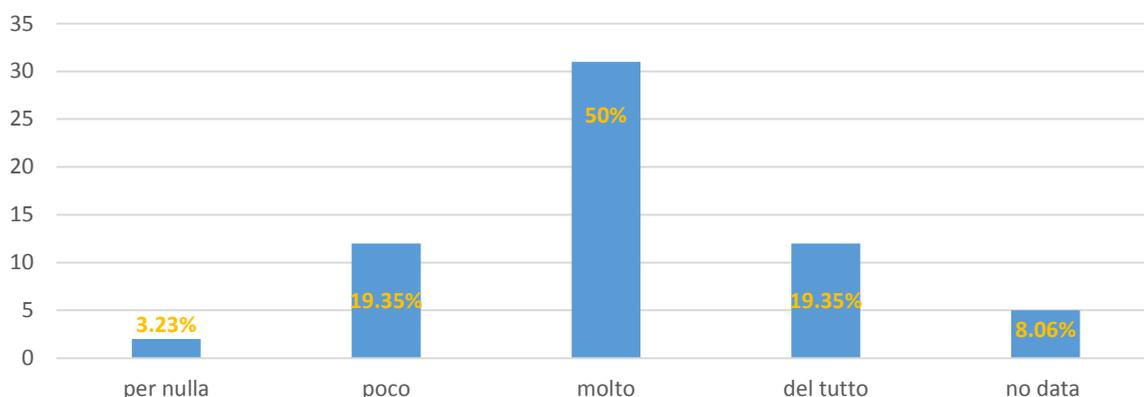


Grafico 18: risposte quesito 12

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
		35,29%	17,65%		47,06%	15,56%	8,89%	28,89%	8,89%	2,22%	35,56%

Tabella XIII: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 12

Quesito 12a) Sarebbe d'accordo ad usare il protocollo?

Domanda di pertinenza infermieristica.

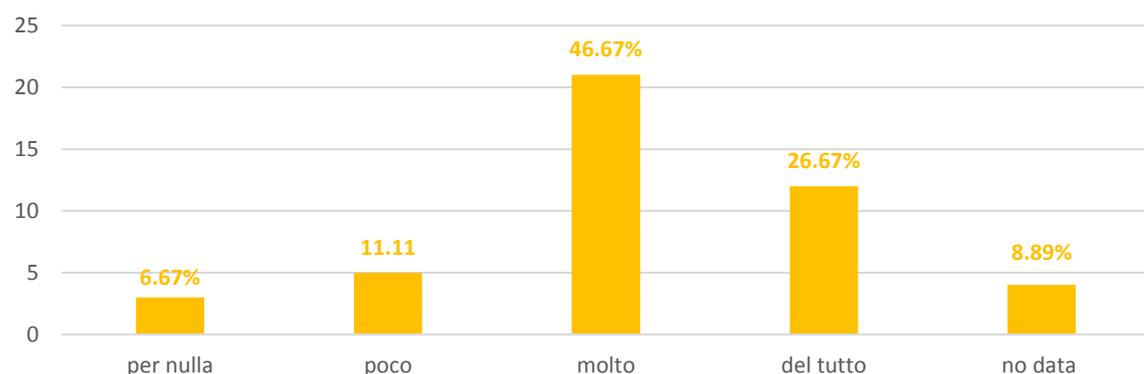


Grafico 19: risposte quesito 12a

INFERMIERI					
Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
11,11%	6,67%	35,56%	6,67%	2,22%	37,78%

Tabella XIV: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 12a

Quesito 12b) Pensa che la presenza di un infermiere di triage possa rendere complicata l'attuazione del protocollo?

Domanda di pertinenza infermieristica

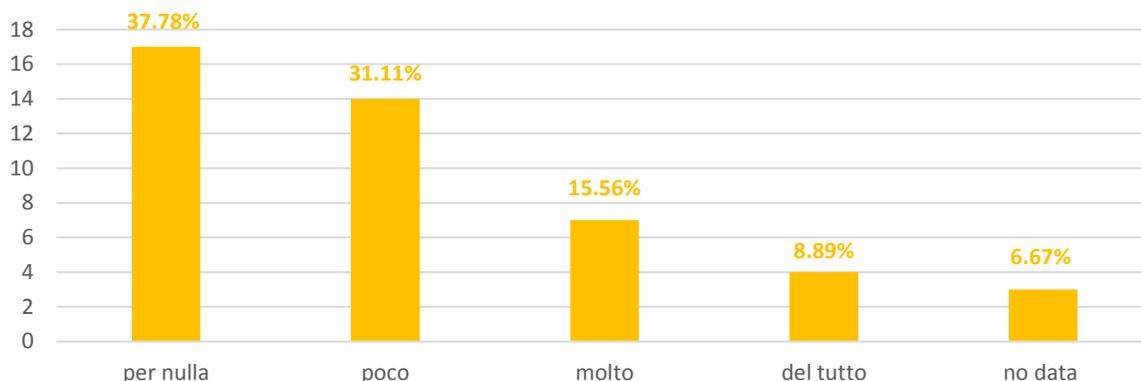


Grafico 20: risposte quesito 12b

INFERMIERI					
Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
40,00%	4,44%	11,11%	28,89%	2,22%	13,33%

Tabella XV: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 12b

Quesito 13) Pensa che trattando precocemente il dolore acuto possano diminuire i tempi di degenza in DEA?

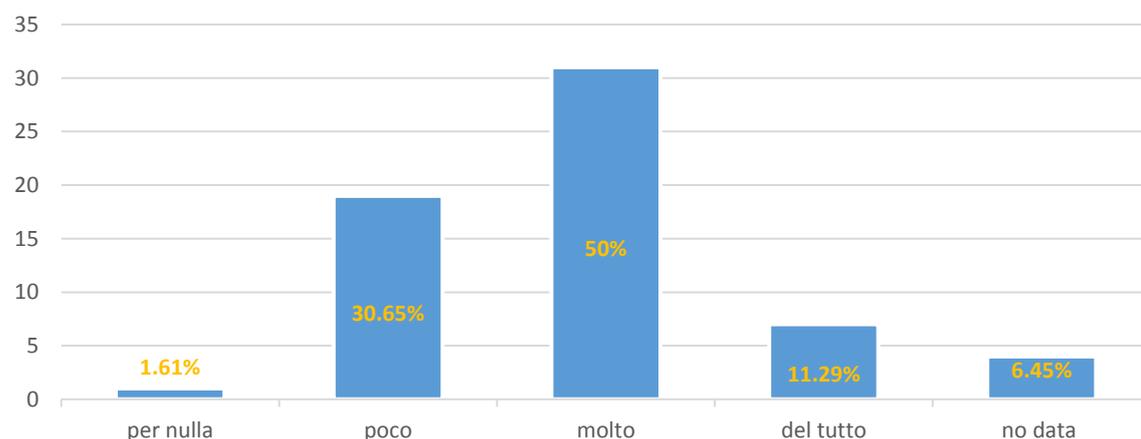


Grafico 21: risposte quesito 13

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
11,76%		23,53%	29,41%		35,29%	17,78%	6,67%	28,89%	11,11%	2,22%	33,33%

Tabella XVI: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 13

Quesito 14) Ritiene che nel contesto organizzativo in cui lavora sia possibile la rilevazione e la documentazione del dolore in uscita?

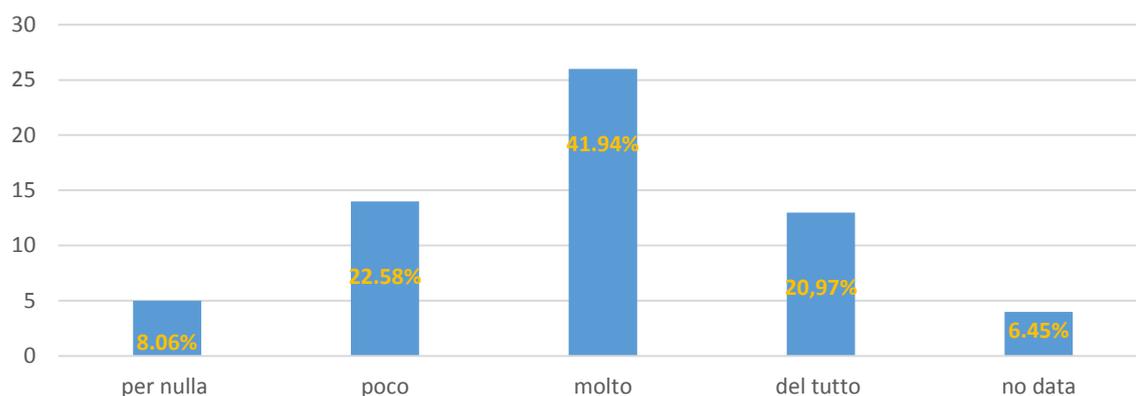


Grafico 22: risposte quesito 14

MEDICI						INFERMIERI					
Esperienza > 5 anni			Esperienza ≤5 anni			Esperienza >5 anni			Esperienza ≤5 anni		
Poco	No data	Molto	Poco	No data	Molto	Poco	No Data	Molto	Poco	No data	Molto
		35,29%	11,76%		52,94%	20,00%	6,67%	26,67%	17,78%	2,22%	26,67%

Tabella XVII: classificazione delle risposte in base all'esperienza quesito 14

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

L'obiettivo di questa tesi è stato quello di andare a indagare riguardo alla percezione che il personale medico e infermieristico del servizio di Pronto Soccorso del Polo ospedaliero considerato, ha del fenomeno dell'oligoanalgesia, inteso come mancato o dilazionato trattamento del dolore, e di valutare quanto la componente culturale, professionale e organizzativa incidano sulla pervasività, come dimostra la letteratura, di tale fenomeno. Per la ricerca dei dati si è proceduto tramite la somministrazione di un questionario ad un campione di convenienza poiché lo scopo di tale elaborato non è volto alla realizzazione di una teoria ma alla conoscenza dell'opinione, che l'equipe di Pronto Soccorso ha, circa il fenomeno dell'oligoanalgesia, che risulta essere, come afferma la letteratura, ostico e difficilmente arginabile. Essendo il questionario strutturato in tre sezioni, ognuna inerente a differenti variabili che influiscono sul fenomeno dell'oligoanalgesia, più la sezione anagrafica di apertura, si procede ad analizzare e discuterne i risultati mantenendo tale impostazione.

La sezione anagrafica di apertura permette l'identificazione del campione: 45 infermieri, di cui 21 (46.7%) con esperienza lavorativa nel reparto di Pronto Soccorso \leq 5 anni e 24 (53.3%) con esperienza lavorativa in tale reparto $>$ 5 anni, e 17 medici di cui 11 (64.7%) con esperienza lavorativa nel reparto di Pronto Soccorso \leq 5 anni e 6 (35.3%) con esperienza lavorativa $>$ 5 anni.

La prima sezione del questionario somministrato indaga quanto la cultura personale, legata al singolo professionista, sia influente nella percezione e nella gestione del fenomeno dell'oligoanalgesia. Tutti i professionisti, sia infermieri che medici ritengono che con il trattamento precoce del dolore acuto il paziente, giunto in Pronto Soccorso appunto per sintomatologia algica, sia più soddisfatto e si senta maggiormente preso in carico dall'equipe del reparto in questione. In tale quesito non si evidenzia l'influenza dell'esperienza o una discrepanza tra le risposte di medici e infermieri in quanto tutto il campione concorda sull'efficacia del trattamento precoce del dolore acuto. Dai risultati ottenuti si evince come l'équipe di cura ritenga, per il 67,7%, che il paziente "esageri" la propria sintomatologia dolorosa dichiarando un valore sulla scala NRS più alto dell'atteso in relazione alla diagnosi,

al fine di ottenere un trattamento analgesico più efficace e immediato (Carter D. et al 2016). L'opinione è condivisa da quasi tutto il campione medico e infermieristico: rispettivamente l'82% e il 75% ritiene che il paziente esageri il proprio valore del dolore. Per sopperire a tale discrepanza, tra ciò che afferma il paziente e ciò che ritiene più idoneo il personale medico e infermieristico, vengono attuate dai singoli professionisti differenti strategie, per identificare nel modo più accurato e preciso il livello di intensità del dolore dichiarato dal paziente. Più della metà di infermieri e medici approfondiscono le caratteristiche del dolore del paziente al fine di identificarlo in maniera più esaustiva e puntuale. Una piccola percentuale ritiene veritiero ciò che il malato riferisce, e circa il 10% afferma di assegnare un valore inferiore a quello considerato dal paziente. Da studi comparativi risulta che sia il personale medico che infermieristico tendono generalmente a sottostimare l'intensità del dolore del paziente (Pennacchio E. et al 2012). Solo il 6% chiede parere ai colleghi sull'incongruenza tra il dato fornito dal paziente e quanto osservato. Si è per l'appunto riscontrata una preferenza per i segni piuttosto che per i sintomi in quanto questi ultimi sono considerati soggettivi e meno importanti dei segni. (D. Carter, P. Sendziuk et al. 2016). Lo strumento utilizzato nel Servizio di Pronto Soccorso, quando le condizioni del paziente lo permettono, per oggettivare il dolore è la scala numerica NRS, che consente al paziente di assegnare un valore da 0, che corrisponde a totale assenza di dolore, a 10, massimo dolore. Il 77% dell'équipe ritiene, però, che la scala NRS non sia sufficiente per comprendere in toto l'esperienza del dolore, in quanto risulta difficile oggettivare con un numero il dolore, poiché questo è determinato anche da fattori associati quali iperalgesia, risposte comportamentali e psicologiche e compromissioni funzionali (D. Carter, P. Sendziuk et al. 2016). Le linee guida omologate internazionalmente prevedono la valutazione del dolore sulla base di ciò che viene espresso dal paziente, in quanto sintomo fortemente individuale e non solo determinato dalla lesione o fattori direttamente osservabili (D. Carter, P. Sendziuk et al. 2016). Dai risultati ottenuti si denota come il 61% si attenga alle linee guida internazionali ma come anche il 39% non basi la valutazione del dolore su ciò che viene riportato dal paziente. Tale tendenza è sovrapponibile sia per il personale medico che infermieristico. Analizzando anche la variabile esperienziale risulta che il personale esercente la

propria professione in di Pronto Soccorso da meno i 5 anni sia più propenso a basare la valutazione del dolore su ciò viene riferito dal paziente. Dai risultati ottenuti dalle risposte date alla domanda inerente alla presenza dell'oligoanalgesia, inteso come mancato o dilazionato trattamento antidolorifico, emerge che, complessivamente, l'équipe non ritiene tale fenomeno particolarmente presente nel servizio di Pronto Soccorso. Il 64.5% del personale, sia medico che infermieristico, ha affermato che l'oligoanalgesia sia poco presente nel reparto, il 32,2% ritiene che sia molto presente e il 3,2% non ha risposto al quesito. Il 58,8% dei medici e il 66.7% degli infermieri considera il fenomeno poco presente. Analizzando tali risultati sotto la chiave di lettura dell'esperienza si evince che il personale più esperto ritenga poco presente l'oligoanalgesia rispetto al personale meno esperto.

La seconda sezione del questionario va ad indagare circa le variabili correlate alla cultura professionale e al sistema valoriale del singolo professionista, legata al codice deontologico e all'importanza assegnata al dovere di agire. A differenza di ciò che afferma la letteratura, ovvero una carente informazione al paziente riguardo i tempi di trattamento e le condizioni cliniche stesse (Carter D. 2015), il 70,9% del personale ritiene che il paziente venga correttamente messo al corrente delle sue condizioni e delle procedure che verranno eseguite o non eseguite. Le risposte sia del personale medico che infermieristico risultano essere sovrapponibili, e non si evidenziano particolari discrepanze in relazione all'esperienza. Numerosi studi affermano che tra le motivazioni più frequenti per non effettuare un precoce trattamento analgesico vi sia il timore che questo possa andare a falsare o ritardare la diagnosi e mascherare i segni e sintomi utili per la stessa. A tal proposito risulta, dalle risposte raccolte, come il 33.8% dell'équipe di Pronto Soccorso ritenga che il trattamento precoce del dolore acuto in triage possa alterare la valutazione medica successiva. Una buona fetta del personale sia medico che infermieristico, circa il 63%, ritiene invece che il trattamento precoce del dolore in sede di triage alteri poco o per nulla la diagnosi medica. Dai dati estrapolati dai questionari medici e quelli dai questionari infermieristici non si riscontrano correnti di pensiero differenti. Anche in relazione all'esperienza non si evidenziano discrepanze degne di attenzione. Considerando che le professioni sanitarie mediche e non nascono con l'obiettivo di personalizzare la cura e l'assistenza, si è provato ad indagare quanto, all'interno di

un contesto complesso come quello del pronto soccorso, sia possibile effettuarlo e attraverso quali strategie. Si riscontra come il 48.4% del personale “qualche volta” intervenga per personalizzare il monitoraggio standard al bisogno manifestato dal paziente, solo il 3,2% non attua nessuna strategia volta a modificare il monitoraggio standard. Il 43,6% afferma di intervenire frequentemente. Unendo i parametri “poco” e “qualche volta” nella categoria “poco” e “frequentemente” e “spesso” nella categoria “molto” risulta che, analizzando i risultati in relazione alla professione, il personale medico tenda a modificare e personalizzare il monitoraggio standard in maniera inferiore al personale infermieristico, afferendo la risposta nella categoria “poco” rispettivamente per il 70,6% di medici contro il 44,4% degli infermieri. Poco più della metà del personale infermieristico, specialmente in sede di triage, quando ritiene che il paziente necessiti di uno stretto monitoraggio o di una valutazione medica immediata, ma le condizioni organizzative risultano sfavorevoli a tale fine, riesce ad attuare frequentemente strategie che assicurino al paziente la corretta presa in carico. Si riscontra codesta abilità soprattutto nel personale più esperto. Secondo le linee guida, quando ad un paziente viene assegnato un codice colore “giallo” esso necessita di una rivalutazione dopo 30' dal triage, se non valutato dal medico prima di tale intervallo. È a discrezione del personale infermieristico la gestione della frequenza di rivalutazione dei parametri vitali di un paziente che presenta un valore sulla scala NRS > 5/6. Il 40% degli infermieri afferma che sulla frequenza di rivalutazione influiscano molteplici fattori quali: l'afflusso in Pronto Soccorso, per il 66,7% e in minima percentuale i parametri vitali, i sintomi correlati, il codice colore assegnato e il percorso diagnostico previsto per il paziente. Il 33.3% degli infermieri segnala di rivalutare il paziente ogni 30', l'8.9% ogni 15' e il 17.8% afferma di esaminare le condizioni cliniche del paziente “al bisogno”.

La sezione di chiusura del questionario va a esplorare quanto la cultura legata all'organizzazione del reparto in questione influisca sul trattamento precoce del dolore acuto. Le evidenze raccomandano l'importanza di un pronto e precoce trattamento del dolore: entro i primi 30' dall'arrivo del paziente in Pronto Soccorso. Circa la metà del personale, al quale si è questionato riguardo l'adeguatezza del tempo che intercorre tra l'arrivo in reparto del paziente manifestante sintomatologia dolorosa e la somministrazione di terapia antalgica, ha ritenuto tale intervallo molto

consono, mentre il 40.3% dell'equipe reputa che il tempo di trattamento sia poco idoneo. Si denota come il personale con un'esperienza lavorativa inferiore a 5 anni giudichi il tempo di trattamento meno idoneo rispetto al personale più esperto. È fondamentale, per la corretta rilevazione e documentazione del dolore che si traduce, successivamente, in un idoneo trattamento del dolore, che il sistema informatico sia confacente a tale scopo. Risulta però, dalle risposte ottenute, che più della metà del personale ritenga che quello adoperato non sia sufficientemente appropriato. Specialmente il comparto medico, rispetto a quello infermieristico, reputa il programma non conforme alle necessità del reparto. Anche la variabile esperienziale influenza tale percezione: coloro i quali hanno affermato l'inadeguatezza del sistema hanno un'esperienza lavorativa nel servizio di Pronto Soccorso inferiore a 5 anni. Come enunciato dalla letteratura e documentato da esperienze presenti anche nel panorama italiano, l'introduzione di protocolli infermieristici per il trattamento precoce del dolore a partire dal triage, dove l'infermiere in autonomia può somministrare terapia antalgica stabilita e definita, ha ridotto notevolmente l'attesa media per il trattamento analgesico e migliorato l'assistenza erogata e la presa in carico del paziente. Si è quindi andato ad indagare quanto, secondo l'equipe di cura, sarebbe possibile introdurre un protocollo stabilito ad hoc per tale reparto, per la somministrazione di terapia antalgica da parte del personale infermieristico di triage. Il 70% dell'equipe giudica attuabile tale protocollo. Considerando che circa l'11% degli infermieri non ha asserito risposta a tale quesito, risulta che secondo il personale medico sia maggiormente ipotizzabile rispetto a quello infermieristico l'introduzione di un ipotetico protocollo. Analizzando i risultati sotto la lente dell'esperienza si evince come il personale con meno esperienza ritenga più fattibile l'inserimento del protocollo. Nonostante l'esperienza, gli anni di esercizio, e la competenza maturata siano componenti che influiscono notevolmente sul modo di agire e sulla sicurezza, nell'operare in autonomia dei professionisti, è proprio il personale più esperto, a differenza di quanto si potrebbe pensare, che risulta diffidente a proposito dell'introduzione del sopracitato protocollo. Si è quindi andato ad indagare quanto, l'equipe infermieristica sia favorevole ad utilizzare tale protocollo: il 73.3% sarebbe concorde, considerando che l'8.9% non ha dato risposta. Una variabile che potrebbe influire sulla fattibilità

di attuazione di un protocollo simile è il numero del personale presente, in un turno, in triage. Da quanto riscontrato dai risultati dei questionari, risulta che, per il 69%, la presenza di un infermiere di triage sia sufficiente per l'attuazione del protocollo, specialmente per il personale con maggiore esperienza lavorativa nel servizio di Pronto Soccorso. Gli esiti dell'attuazione di tale protocollo andrebbero ad influire, come dimostrato dalla letteratura, non solo sul comfort e benessere del paziente ma anche sulla componente organizzativa e sui tempi medi di degenza in DEA. Il 61.3% ritiene infatti che trattando precocemente il dolore acuto i tempi di attesa in Pronto Soccorso andrebbero a ridursi. Risulta focale quindi, dopo la somministrazione di terapia antalgica andare a indagare riguardo la sua efficacia e il nuovo livello del dolore percepito dal paziente. Secondo 63% del personale di Pronto Soccorso, le condizioni organizzative del reparto, renderebbero possibile la rilevazione e documentazione del dolore in uscita del paziente, rispettivamente l'88% del personale medico, soprattutto con un'esperienza lavorativa inferiore ai 5 anni, contro al 53% di quello infermieristico che non mostra discrepanze sulla base dell'esperienza.

CONCLUSIONI

Questa tesi ha cercato di indagare circa la percezione che l'équipe di cura del servizio di Pronto Soccorso ha riguardo il fenomeno dell'oligoanalgesia, inteso come un inadeguato trattamento del dolore. A tale scopo è stata condotta un'indagine conoscitiva quantitativa attraverso la somministrazione di questionari al personale medico e infermieristico, del servizio di Pronto Soccorso, per verificare quanto questo fenomeno sia avvertito e quali siano le variabili (personali, professionali, organizzative) che lo determinano e contribuiscono, come dichiarato dalla letteratura, ad alimentarlo. Questi questionari sono stati compilati da 62 professionisti, creando in questo modo un campione rappresentativo dell'équipe presa in esame.

Le risposte ai questionari hanno mostrato come sia opinione comune, dell'équipe di cura, che il paziente esageri la propria sintomatologia dolorosa dichiarando un valore sulla scala NRS più alto dell'atteso in relazione alla diagnosi. Ciò potrebbe derivare dalla consapevolezza maturata e dalla competenza del personale più esperto, che risulta più avvezzo a ridimensionare l'intensità del dolore del paziente in relazione alla propria esperienza e perizia. In tal caso, potrebbe risultare superfluo l'utilizzo di scale di valutazione, che risultano inadeguate per la natura del dolore, in quanto il personale sarebbe in grado di inquadrare nell'immediato il bisogno, manifesto o non, del paziente. In tal senso, per rendere omogeneo l'accertamento del dolore, da parte dei diversi professionisti, le scale di valutazione adoperate si rivelano utili nonostante l'utilizzo di queste non esima, però, dal giudizio del singolo operatore, sia infermiere che medico, riguardo le necessità del paziente. Questa discrepanza, tra ciò che riporta il paziente e ciò che osserva il personale, può essere conseguenza dell'utilizzo di una scala di valutazione, come asserisce la maggioranza dell'équipe, inadeguata, che non permette di comprendere in maniera olistica l'esperienza del dolore e i sintomi associati, i quali incidono notevolmente sul benessere del paziente e che, spesso, vengono sottovalutati o, talvolta, ignorati. La domanda sorge quindi spontanea: quale può essere il metodo o lo strumento più appropriato per valutare la sintomatologia dolorosa, essendo questa multifattoriale? Questo dovrebbe indicare, sì, il livello del dolore percepito, ma anche offrire una

panoramica dei sintomi associati, che lo determinano e caratterizzano. Risulta inoltre che anche il sistema informatico correntemente adoperato in Pronto Soccorso non sia confacente alle necessità del servizio. Con tali premesse potrebbe risultare spontaneo ritenere che il dolore non venga correttamente trattato, poiché difficilmente valutabile e oggettivabile; e che il tempo che intercorre tra l'arrivo in Pronto Soccorso e la somministrazione di terapia antalgica sia inadeguato ed eccessivo. Risulta però, a riprova del fatto che il fenomeno dell'oligoanalgesia sia poco riconosciuto e percepito dal personale sanitario, che l'équipe, tendenzialmente, ritenga idoneo, per tempistiche e modalità, il trattamento del dolore nel servizio di Pronto Soccorso, quando invece, come asserisce la letteratura, continuano ad essere osservati falli nella corretta gestione di questo. Un'altra conferma riguardo al mancato riconoscimento dell'oligoanalgesia è rappresentata dal fatto che non si evidenzia una tendenza comune nel giudicare l'idoneità del tempo di somministrazione di terapia antalgica, ma che le opinioni riguardo a ciò si distribuiscano uniformemente su correnti di pensiero diametralmente opposte e discordanti. In aggiunta si denota come il personale meno esperto, e soprattutto più giovane anagraficamente, sia maggiormente propenso a giudicare inappropriato il modello operativo vigente e gli strumenti a disposizione rispetto al personale più esperto. Questo potrebbe essere dettato da una più recente formazione, basata su nuove evidenze, e dalla volontà di apportare modifiche o innovazioni rispetto ai protocolli attuali. Indubbiamente ciò risulta essere un punto di forza sul quale appoggiarsi per introdurre novità e migliorare il percorso assistenziale del paziente nel servizio di Pronto Soccorso. Tale tendenza si riscontra anche nella solerzia espressa riguardo la possibilità di introduzione di un protocollo infermieristico per la gestione precoce del dolore in sede di triage, tramite la somministrazione di antidolorifici precisi e stabiliti. L'introduzione del protocollo potrebbe rappresentare la chiave di svolta per il corretto trattamento analgesico, in quanto al paziente, stabiliti precisi criteri di inclusione ed esclusione per l'applicabilità di questo, potrebbe essere somministrato un trattamento antidolorifico già in sede di triage e giungere alla visita medica con un livello del dolore diminuito rispetto al momento di accesso. Ciò avrebbe ripercussioni positive sul benessere del paziente stesso in primis, sulla sua collaborazione e sul tempo di degenza in

Pronto Soccorso, che andrebbe a ridursi notevolmente, come dimostrato dalla letteratura. I limiti dell'applicabilità di tale protocollo potrebbero essere rappresentati dall'eccessivo afflusso di pazienti nel servizio di Pronto Soccorso in quanto viene riscontrato che da questo dipendano le modificazioni al monitoraggio standard di un paziente che necessiti di particolari strategie che assicurino la sua presa in carico. A onore del vero l'attuabilità del protocollo infermieristico per il trattamento precoce del dolore acuto in sede di triage risulta elevata anche con la distribuzione attuale delle unità infermieristiche all'interno di un turno lavorativo.

L'esito ottenuto da tale elaborato denota, come asserisce la letteratura, come il fenomeno dell'oligoanalgesia sia poco manifesto ai professionisti sanitari poiché i risultati ottenuti risultano discordanti tra loro e talvolta in forte contrapposizione. Sulla base di questo studio, si possono estrapolare i punti di forza e le strategie più idonee per offrire al paziente, giunto in Pronto Soccorso manifestando dolore acuto, una migliore e pronta presa in carico e un precoce trattamento antidolorifico. Tuttavia, è importante tenere presente che questa ricerca si è concentrata esclusivamente sulla percezione di medici e infermieri e non sulla percezione dei pazienti afferiti al servizio di Pronto Soccorso. Una volta messa a fuoco anche l'esigenza e la volontà dei destinatari al trattamento analgesico si potrebbe giungere ad una più ferma e completa conclusione. Per questo motivo, nessuna dichiarazione generale o assolutamente oggettiva può essere fatta circa l'opinione riportata dal campione.

Una raccomandazione per ulteriori ricerche future potrebbe essere quella di realizzare uno studio che vada a determinare le esigenze e necessità del paziente giunto in Pronto Soccorso per dolore acuto, per fornire una visione completa riguardo la percezione del fenomeno e di conseguenza definire le strategie attuabili per sopperire alle lacune evidenziate come l'introduzione di un protocollo infermieristico per il trattamento precoce del dolore acuto in sede di triage.



BIBLIOGRAFIA

- ALLIONE A, et al (2011). "Factor influencing desired and received analgesia in emergency department". *Intern Emerg Med*, 6(1): pp. 69-78.
- BROWN T, et al (2018). "Association Between pain control and patient satisfaction outcomes in the emergency department setting". *Emerg Med Australas*, 30 (4): pp. 523-529.
- CARTER D, et al (2016). "Why is pain still under-treated in the emergency department? The two new hypotheses". *Bioethics*, 30(3): pp. 195-202.
- FNOPI (*Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche*) (2019). Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche.
- FOSNOCHT DE, et al (2004). "Patient expectations for pain relief in the ED". *Am J Emerg Med*, 22 (4): pp. 286-8.
- GAVETTI D, et al (2008). "La gestione del dolore in pronto soccorso. Valutazione dell'efficacia di un intervento di miglioramento". *Emergency Care Journal*, 3: pp29-35.
- GREEN SM (2012). "There is oligo-evidence for oligoanalgesia". *Ann Emerg Med*, 60(2): pp. 212-4.
- PALERMO P, et al (2007). "L'infermiere di triage nella gestione precoce del dolore acuto in pronto soccorso". *Emergency care journal*, 1: pp. 37-42.
- PENNACCHIO E, et al (2012). "Oligoanalgesia in pronto soccorso: da un audit retrospettivo a un percorso clinico-assistenziale". *Evidence*, 4(4).
- PINES JM et al (2008). "Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain". *Ann Emerg Med*, 51(1): pp.1-5.
- SIAARTI, SIMEU, SIS 118, AISD, SIARED, SICUT, IRC (2014). "Raccomandazioni Inter societarie Italiane sulla gestione del dolore in emergenza". *SIARTI*
- TODD KH et al (2007). "Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study". *J pain*, 8(6): pp. 460-466.
- VAN WOERDEN G, et al (2016). "Increased analgesia administration in emergency medicine after implementation of revised guidelines". *Int J Emerg Med*, 9(1):4.
- WILSON JE, et al (1989). "Oligoanalgesia in the emergency department". *Am J Emerg Med*, 7(6): pp. 620-3.

ALLEGATO I

QUESTIONARIO RIVOLTO AL PERSONALE INFERMIERISTICO

Dati anagrafici

Età _____ Sesso _____ Anno di laurea o diploma _____

Anzianità nel reparto di Pronto Soccorso _____

Rispondendo alle seguenti domande, esprima un grado di accordo

Sezione A: cultura personale

- 1) Pensa che il paziente si riterrà più soddisfatto con il trattamento precoce del dolore acuto?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

- 2) Ha l'impressione che a volte il paziente "esageri" la sintomatologia dolorosa dichiarando un valore sulla scala NRS più alto dell'atteso in relazione alla diagnosi?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

- 3) Se ha risposto poco, molto, del tutto, cosa pensa sia opportuno fare?

- approfondire le caratteristiche del dolore
- considerare la sua intensità con un valore inferiore a quello dichiarato
- prendere per buono quello che il malato riferisce
- chiedere parere al medico/colleghi sull'incongruenza del dato fornito

- 4) Secondo lei la scala NRS è sufficiente per comprendere l'esperienza del dolore?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

- 5) Basa la valutazione del dolore su ciò che riferisce il paziente?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

- 6) Secondo lei, il fenomeno dell'oligoanalgesia, inteso come mancato o dilazionato trattamento antidolorifico, è presente nel reparto in cui lavora?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

Sezione B: Cultura professionale

7) Ritiene che il paziente venga correttamente informato riguardo le sue condizioni e le tempistiche di trattamento?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

8) Pensa che il trattamento precoce del dolore acuto in triage possa alterare la valutazione medica nella successiva valutazione all'interno della sala visita?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

9) Quando ritiene che un paziente abbia bisogno di uno stretto monitoraggio o necessiti di una pronta valutazione del medico, ma le condizioni organizzative sono complesse (ad esempio sovra flusso, codici rossi..), riesce ad attivare delle strategie che assicurino la presa in carico?

No, mai	Si, qualche volta	Si, frequentemente	Si, spesso
---------	-------------------	--------------------	------------

Se _____ si,
quali? _____

10) Con che frequenza le capita di dover personalizzare il monitoraggio standard per rispondere al bisogno rilevato?

No, mai	Si, qualche volta	Si, frequentemente	Si, spesso
---------	-------------------	--------------------	------------

11) Mediamente, dopo quanto tempo dal triage viene rivalutato un paziente che presenta un valore di NRS>5/6?

- 15 minuti
- 30 minuti
- Dipende da _____
- Al bisogno

Sezione C: Cultura legata all'organizzazione

12) Pensa che il tempo che intercorre tra l'arrivo in reparto del paziente che manifesta dolore, e la somministrazione di terapia antalgica sia adeguato?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

13) Ritiene che il sistema informatico attualmente in uso sia adeguato per la corretta rilevazione e documentazione del dolore?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

14) Secondo lei, l'introduzione di un protocollo infermieristico per la gestione precoce del dolore in sede di triage, tramite la somministrazione di antidolorifici precisi e stabiliti, sarebbe possibile?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

A) Sarebbe d'accordo ad utilizzare il protocollo?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

B) Pensa che la presenza di un infermiere In triage possa rendere complicata l'attuazione del protocollo?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

15) Pensa che trattando precocemente il dolore acuto, possano diminuire i tempi di degenza in DEA?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

16) Ritiene che nel contesto organizzativo in cui lavora sia possibile la rilevazione e la documentazione del dolore in uscita?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

ALLEGATO II

QUESTIONARIO RIVOLTO AL PERSONALE MEDICO

Dati anagrafici

Età _____ Sesso _____ Anno di laurea o diploma _____

Anzianità nel reparto di Pronto Soccorso _____

Rispondendo alle seguenti domande, esprima un grado di accordo

Sezione A: cultura personale

- 1) Pensa che il paziente si riterrà più soddisfatto con il trattamento precoce del dolore acuto?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

- 2) Ha l'impressione che a volte il paziente "esageri" la sintomatologia dolorosa dichiarando un valore sulla scala NRS più alto dell'atteso in relazione alla diagnosi?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

- 3) Se ha risposto poco, molto, del tutto, cosa pensa sia opportuno fare?

- approfondire le caratteristiche del dolore
- considerare la sua intensità con un valore inferiore a quello dichiarato
- prendere per buono quello che il malato riferisce
- chiedere parere ai colleghi sull'incongruenza del dato fornito

- 4) Secondo lei la scala NRS è sufficiente per comprendere l'esperienza del dolore?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

- 5) Basa la valutazione del dolore su ciò che riferisce il paziente?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

- 6) Secondo lei, il fenomeno dell'oligoanalgesia, inteso come mancato o dilazionato trattamento antidolorifico, è presente nel reparto in cui lavora?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

Sezione B: Cultura professionale

7) Ritiene che il paziente venga correttamente informato riguardo le sue condizioni e le tempistiche di trattamento?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

8) Pensa che il trattamento precoce del dolore acuto in triage possa alterare la valutazione medica nella successiva valutazione all'interno della sala visita?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

9) Con che frequenza le capita di dover personalizzare il monitoraggio standard per rispondere al bisogno rilevato?

No, mai	Si, qualche volta	Si, frequentemente	Si, spesso
---------	-------------------	--------------------	------------

Sezione C: Cultura legata all'organizzazione

10) Pensa che il tempo che intercorre tra l'arrivo in reparto del paziente che manifesta dolore, e la somministrazione di terapia antalgica sia adeguato?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

11) Ritiene che il sistema informatico attualmente in uso sia adeguato per la corretta rilevazione e documentazione del dolore?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

12) Secondo lei, l'introduzione di un protocollo infermieristico per la gestione precoce del dolore in sede di triage, tramite la somministrazione di antidolorifici precisi e stabiliti, sarebbe possibile?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

13) Pensa che trattando precocemente il dolore acuto, possano diminuire i tempi di degenza in DEA?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

14) Ritiene che nel contesto organizzativo in cui lavora sia possibile la rilevazione e la documentazione del dolore in uscita?

Per nulla	Poco	Molto	Del tutto
-----------	------	-------	-----------

