



# Procedura per la gestione del dolore in triage

	Cognome e Nome	Firma
<b>COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO Pronto Soccorso</b>	Laconi Rosanna Direttore Melis Giada Medico Serchisu Luca Medico Dessi Giada Medico Concas Marcello Coordinatore Pilloni Silvia Infermiera Corciulo Alessio Infermiere Ledda Martina Infermiera Mulas Lucia Coordinatore	F.to in originale

	Cognome e Nome	Unità di appartenenza	Firma
<b>Approvazione Scientifica</b>	Laconi Rosanna	Direttore DAI Emergenza Urgenza	F.to in originale
	Pinna M. Rita	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	F.to in originale
<b>Approvazione Metodologica</b>	Racugno Paola	Presidente GAT	F.to in originale

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0		Prima emissione (data delibera)



## INDICE

Premessa	3
Obiettivi	4
Distribuito	4
Oggetto e Scopo	4
Campo di applicazione	5
Normativa e letteratura di riferimento	6
Definizioni ed abbreviazioni	6
Responsabilità	8
Modalità operative e matrice di responsabilità	8
Indicatori di risultato	11
Allegati	11



## PREMESSA

I pazienti che accedono al Pronto Soccorso non sempre ricevono una gestione ottimale del dolore, nonostante esso rappresenti, come ampiamente dimostrato dalla letteratura scientifica, il sintomo rilevato più di frequente. I tempi di attesa prolungati, sono stati correlati ad una scarsa soddisfazione del paziente che spesso staziona in sala d'attesa senza ricevere tempestivamente una terapia del dolore.

Con la "Normativa sull'Ospedale senza dolore" (G.U. n.149, 29.06.01) il Ministro della Sanità in accordo con le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ha posto le basi per la elaborazione di linee guida che consentano "la realizzazione di progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine", a tal fine, si raccomanda di "aumentare l'attenzione del personale coinvolto nei processi assistenziali nelle strutture sanitarie italiane affinché vengano messe in atto tutte le misure possibili per contrastare il dolore, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano e dal contesto di cura".

Nella Carta dei diritti sul dolore inutile, presentata dal Tribunale per i diritti del malato il 28 aprile 2006 a Roma, Articolo 1, è ribadito il diritto a non soffrire inutilmente: "Ciascun individuo ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza nella maniera più efficace e tempestiva possibile." Così come ribadito anche dalla Carta Europea dei diritti del malato approvata a Bruxelles nel Marzo 2007: Articolo 11 "Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari".

Per tale motivo, il dolore è il quinto parametro vitale da rilevare in ciascun paziente, deve essere valutato nella fase di pre triage e triage, influisce sul codice di priorità modificandolo anche in assenza di una compromissione dei parametri vitali (Gruppo Formazione Triage).

Il ritardo o la mancata sedazione del dolore è motivo di disagio e sofferenza per il paziente, lo maldispone nei confronti del personale sanitario e lo rende più aggressivo.

In uno studio condotto in Inghilterra si evidenzia che una precoce sedazione del dolore da parte dell'infermiere del triage è stata considerata, dalla maggior parte dei pazienti intervistati, un importante miglioramento del proprio trattamento in Pronto Soccorso.

L'infermiere riveste un ruolo molto importante in quanto è il primo professionista che accoglie l'utente al suo arrivo ed esegue il triage. Durante questo processo è dunque necessaria la valutazione del dolore attraverso apposite scale.

Alla luce di quanto sopra esposto, si ritiene necessario redigere una procedura che fornisca all'infermiere le indicazioni per una gestione ottimale del paziente con dolore.



## OBIETTIVI

Gli obiettivi della procedura di gestione del dolore del paziente che giunge in pronto soccorso sono:

- diagnosi precoce del tipo di dolore
- la riduzione immediata della sofferenza del paziente
- l'appropriatezza dell'utilizzo della scala del dolore NRS
- l'appropriatezza dell'uso di antidolorifici

## DISTRIBUITO A

La procedura viene distribuita a tutto il personale medico e infermieristico del pronto soccorso.

### 1. OGGETTO E SCOPO

#### 1.1. Oggetto

La procedura contiene le misure di gestione e modalità assistenziali del paziente che giunge in Pronto Soccorso accusando dolore.

#### 1.2. Scopo

Lo scopo della procedura è quello di garantire al paziente, nel minor tempo possibile, il diritto ad accedere alla terapia del dolore così come previsto dalla legge n.38 del 15 Marzo 2010 (1) "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" di cui all'Art.1 che enuncia:

"1. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

2. È tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall'articolo 2, comma 1, lettera c), nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. Per i fini di cui ai commi 1 e 2, le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- a) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;
- c) adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia."

In particolare all'Art.2 lettera b, la legge dichiara:

"b) «terapia del dolore»: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo



di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore.”

Nello specifico, con la presente procedura si vuole sottolineare l'importanza di rivolgere l'attenzione al paziente con dolore mediante l'utilizzo, da parte del personale sanitario, di strumenti validati atti a rilevarlo e misurarlo.

Inoltre, attraverso la legge sopra citata, è stato introdotto l'obbligo di indicare il grado di dolore rilevato nella cartella clinica; in particolare all'Art.7 comma 1:

“Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica. All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.”

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutti i pazienti con dolore di età uguale o superiore a 18 anni, che accedono al Pronto Soccorso (PS) del Policlinico Universitario Duilio Casula, autonomamente o attraverso il servizio di emergenza territoriale 118.

### 1. Criteri di inclusione:

- Età >18 anni
- Ferite e piccola traumatologia
- Traumi distorsivi
- Traumi contusivi
- Sospette fratture/lussazioni estremità superiori o inferiori
- Algie Articolari
- Algie Muscolo-Scheletriche
- Coliche Renali (in pazienti con storia di coliche renali)
- Cefalee Note (sintomi analoghi pregressi)
- Lombalgie note
- Odontalgie

### 2. Criteri di esclusione:

- Età < 18 anni
- Inattendibilità del paziente
- Raccolta dati resa difficoltosa con impossibilità a raccogliere un'anamnesi adeguata
- Stato di coscienza alterato (GCS<15)
- Trauma cranico
- Traumi coinvolgenti rachide-torace-addome-bacino
- Storia di perforazione gastrica o emorragia gastrica da FANS
- Difetti della coagulazione
- Allergia nota a paracetamolo, ketoprofene o altri FANS
- Gravidanza e allattamento
- Storia di epatopatia severa
- Storia di insufficienza renale severa

## 3.NORMATIVA e LETTERATURA SPECIFICA DI RIFERIMENTO



- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002
- FRY M; RYAN J, ALEXANDER N. A prospective study of nurse initiated panadeine forte: expanding pain management in the ED. *Accid Emerg Nurs.* 2004 July; 12(3): 136-40
- GRAHAM J. Adult patients' perceptions of pain management at triage: a small exploratory study. *Accid Emerg Nurs.* 2002 April; 10(2):78-86
- L 038/2010. Available from: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/10038l.htm>
- legge n.38 del 15 Marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore
- Ministero della Salute. Definire e valutare il dolore. Available from: <http://www.salute.gov.it/portale/tcurePalliativeTerapiaDolore&menu=terapia>
- Il self-reporting nel dolore acuto in emergenza: modelli e scale di valutaz...: EBSCOhost. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=cc764942-6d97-45e6-a2f3-d24e75a2586a%40sessionmgr4008&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmbGFuZz1pdCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3D#db=ccm&AN=128504976>
- Valutazione del dolore - Fondazione ISAL. Available from: <https://www.fondazioneisal.it/valutazione-del-dolore/>
- Dolore: tra esperienza individuale e cura - Antro di Chirone. IPT. Available from: <http://antrodichirone.com/index.php/it/2016/07/15/dolore-tra-esperienza-individuale-e-cura/>
- Cozzi D. Le parole dell'antropologia medica. Morlacchi. 2012.
- Selected Pain Rating Scales Note. From & quot; Evaluation of the Iowa Pain... | Download Scientific Diagram. Available from: [https://www.researchgate.net/figure/Selected-Pain-Rating-Scales-Note-From-Evaluation-of-the-Iowa-Pain-Thermometer-and\\_fig2\\_51444942](https://www.researchgate.net/figure/Selected-Pain-Rating-Scales-Note-From-Evaluation-of-the-Iowa-Pain-Thermometer-and_fig2_51444942)
- Fosnochet DE, Heaps ND et al. Patient expectations for pain relief in the ED. *Am J Emerg Med* 2004;22:286-288

## 1. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

### DEFINIZIONI

#### Il dolore

Il dolore è definito dalla IASP (International Association for the Study of Pain - 1986) come *"un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E' un'esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito"*.



E' il sintomo che compromette maggiormente l'integrità fisica e psichica del paziente. Esistono diversi tipi di dolore, essi possono essere classificati, dal punto di vista clinico, in base alla causa, all'intensità, alla durata e alla risposta terapeutica in:

- Dolore acuto (dolore atto ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi o potenzialmente pericolosi)
- Dolore cronico (durata superiore ai 6 mesi)
- Dolore procedurale (limitato alla tempistica di esecuzione di indagini diagnostiche/terapeutiche)

Essendo un'esperienza soggettiva e individuale, il dolore necessita di un metodo di valutazione validato che possa essere attendibile.

Il dolore rappresenta il sintomo principale per il quale le persone si recano al pronto soccorso, per questo motivo è importante utilizzare strumenti semplici e affidabili in grado di valutare il dolore in modo veloce ed efficace da parte del personale sanitario. Tra gli strumenti di valutazione del dolore acuto in emergenza, quelli oggettivamente applicabili in pazienti in grado di comunicare, sono:

- Scala VRS – Verbal Rating Scale: è risultata la preferita dalle persone meno istruite e dagli anziani
- Scala NRS – Numerical Rating Scale: preferita dalla maggior parte della popolazione (popolazione mista)
- Scala IPT - Iowa Pain Thermometer: destinata alle persone affette da sordità
- Scala VAS - Visual Analogical Scale: destinata a pazienti con sintomatologia lieve, in assenza di disturbi cognitivi e/o gravi deficit visivi.

E' quindi indispensabile utilizzare lo strumento adatto per valutare il dolore nella maniera più appropriata.

## Le scale di valutazione

### a. Scala VRS – Verbal Rating Scale

La scala VRS è una scala unidimensionale di valutazione verbale del dolore, associa il livello di dolore presente (Nessun dolore, Lieve, Moderato, Forte, Insopportabile) ad un numero che va da 0 a 4. E' semplice da utilizzare ma ha una bassa sensibilità.

### b. Scala NRS - Numerical Rating Scale

La Scala di Valutazione Numerica (NRS) valuta l'intensità del dolore su una scala che va da 0 (nessun dolore) a 10 (il dolore più terribile che si possa immaginare).

### c. Scala IPT - Iowa Pain Thermometer

E' una scala che consiste in 7 descrittori della diversa intensità del dolore disposti verticalmente simulando graficamente un termometro

### d. VAS (Visual Analogical Scale)



La scala VAS (Visual Analogical Scale), invece, viene attualmente utilizzata nel pronto soccorso dell'AOU di Cagliari, ma ha lo svantaggio di non poter essere utilizzata in pazienti con deficit cognitivi o che presentano un'importante sintomatologia dolorosa. Il paziente dovrebbe infatti indicare in una retta di 10 cm (le cui estremità indicano le condizioni di nessun dolore o massimo dolore percepito) il punto corrispondente al suo dolore, per cui è indispensabile un supporto cartaceo per poterla utilizzare.

Sulla base dei dati oggettivi sopra riportati, la scala NRS è da ritenere la più attendibile e appropriata da utilizzare in pronto soccorso in quanto presenta i seguenti vantaggi:

- Uso verbale
- Di facile comprensione
- Nessun supporto cartaceo
- Celerità nell'utilizzo
- Utilizzabile anche in pazienti con sintomatologia dolorosa importante.

## ABBREVIAZIONI

PS: Pronto Soccorso

PV: Parametri Vitali

VRS: Verbal Rating Scale

NRS: Numerical Rating Scale

IPT: Iowa Pain Thermometer

VAS: Visual Analogical Scale

OS: orale

IM: intramuscolare

EV: Endo-vena

CVP: Catetere Venoso Periferico

AOU: Azienda Ospedaliero Universitaria

## 5. RESPONSABILITÀ

Tutti gli operatori che svolgono attività previste nella procedura, hanno l'obbligo di rispettare in maniera rigorosa le indicazioni riportate.

Sono coinvolti i Medici e gli Infermieri

## 6. MODALITÀ OPERATIVE

### 6.1 INFERMIERE DI TRIAGE

Il compito dell'infermiere di triage è quello di valutare accuratamente e rapidamente, i pazienti che giungono in pronto soccorso, identificare il problema di salute che ha portato l'utente in pronto soccorso e, sulla base della gravità del problema e delle condizioni generali del paziente, assegnare ad esso un codice colore che indicherà la priorità di accesso di quel paziente rispetto agli altri.





L'infermiere di triage dovrà quindi registrare sul sistema operativo l'anagrafica del paziente, sintomo principale, parametri vitali, breve anamnesi.

Ovviamente, il paziente in attesa di visita deve essere rivalutato e potrebbe essere necessaria una modifica del codice di priorità a seconda delle sue condizioni (se restano o meno stabili).

I codici priorità attualmente utilizzati sono:

CODICE BIANCO: nessuna urgenza - il paziente avrebbe potuto rivolgersi al proprio medico di famiglia. Viene comunque preso in carico e visitato dopo gli altri casi più gravi del suo.

CODICE VERDE: urgenza minore - il paziente riporta delle lievi lesioni o lamenta dei sintomi che non interessano le funzioni vitali.

CODICE GIALLO: urgenza - il paziente presenta una parziale compromissione delle funzioni dell'apparato circolatorio o respiratorio, potrebbe lamentare dolori; non è in pericolo di vita, ma necessita quanto prima di un controllo da parte del medico.

CODICE ROSSO: emergenza – compromissione di almeno una delle funzioni vitali, si trova in immediato pericolo di vita. Deve essere visitato immediatamente.

In presenza di un paziente che arriva in pronto soccorso dichiarando di avere dolore, l'infermiere di triage deve identificare il tipo di dolore, la sede, l'intensità e quindi chiedere un valore su scala NRS, che annoterà subito sul sistema operativo. Dovrà, inoltre, chiedere l'insorgenza del dolore (da quanto tempo è presente), se il paziente ha già provveduto all'auto-somministrazione di antidolorifici e se sì quali, quando e in quale dosaggio.

Di fondamentale importanza è escludere lo stato di gravidanza e la presenza di eventuali allergie a farmaci, G6PD carenza ed eventuale terapia in atto con anticoagulanti.

Potrà procedere alla somministrazione di antidolorifici se il dolore è relativo a:

- Algie Articolari
- Algie Muscolo-Scheletriche
- Coliche Renali (in pazienti con storia nota di coliche renali)
- Cefalee Note (sintomi analoghi pregressi)
- Lombalgie note
- Odontalgie
- Piccola Traumatologia

Nel caso di scala NRS  $\leq 3$  non si somministrerà nessun antidolorifico.

Nel caso di:



PRESENTAZIONI CLINICHE	4≥NRS≤7
Ferite e piccola traumatologia Traumi distorsivi Traumi contusivi Sospette fratture/lussazioni estremità superiori o inferiori Algie Articolari Algie Muscolo-Scheletriche Lombalgie note Odontalgie	Iniziare con Paracetamolo 1g per OS o EV  In caso di insuccesso (rivalutazione dopo 60') informare il medico e somministrare 1 fiala di ketoprofene IM o in 100 cc di soluzione fisiologica EV
Coliche Renali (in pazienti con storia nota di coliche renali)	1 fiala di ketoprofene IM o in 100ml di soluzione fisiologica
Cefalee Note (sintomi analoghi pregressi)	Paracetamolo 1g per OS o EV

La via di somministrazione della terapia viene decisa in autonomia dall'infermiere a seconda del caso.

Se paziente non necessita di CVP (catetere venoso periferico) la terapia verrà somministrata per via orale o intramuscolare, se il paziente è in possesso di CVP si preferirà somministrazione per via endovenosa.

L'infermiere dovrà inserire nel sistema operativo aziendale l'ora di inizio somministrazione della terapia farmacologica, i farmaci e i dosaggi effettuati. Dovrà inoltre rivalutare il dolore del paziente dopo 1h dalla somministrazione della terapia antalgica e documentare il nuovo valore riferito.

In attesa di approvazione della proposta del protocollo, sarà necessario compilare la scheda allegata e chiedere conferma al medico per la somministrazione dei farmaci in triage; successivamente, sarà sufficiente inserire le informazioni relative a dolore, rivalutazione dello stesso ed eventuale terapia somministrata in triage, all'interno del sistema operativo aziendale.



## 6.2 MEDICO

Sentita la descrizione del caso da parte dell'infermiere di triage, valuta e conferma la terapia da somministrare.

## 6.3 MATRICE DI RESPONSABILITA'

	Medico di Guardia	Infermiere Triage
Anamnesi triage/assegnazione codice di priorità	I	R
Valutazione dolore (NRS)	I	R
Conferma terapia da somministrare	R	I
Rilevazione PV	I	R
Somministrazione terapia	I	R
Rivalutazione dolore dopo terapia (NRS)	I	R

R-responsabile; I – informato.

## 7.INDICATORI DI RISULTATO

-Percentuale dei pazienti valutati con NRS sul totale dei pazienti che giungono in PS per dolore.

Minimo 80% Massimo 100%

ES: su 100 casi di pazienti con dolore almeno 80 sono stati valutati con scala NRS

-Percentuale di pz rivalutati con NRS sul totale dei pazienti che sono stati trattati in triage.

Minimo 80% Massimo 100%

ES: su 100 casi di pazienti che sono stati trattati in triage almeno 80 sono stati rivalutati (con scala NRS) e presentano diminuzione dell'intensità del dolore.

## 8.ALLEGATI

1. SCALE DI VALUTAZIONE DOLORE
2. DIAGRAMMA PROCEDURA



## ALLEGATO 1: SCALE DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

### a. Scala VRS – Verbal Rating Scale

#### VRS (*Verbal Rating Scale*)

Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs 2005; 14: 798-804.



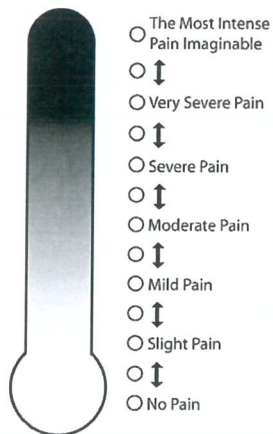
### b. Scala NRS - Numerical Rating Scale

#### NRS (*Numerical Rating Scale*)

Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs 2005; 14: 798-804.

NESSUN DOLORE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 IL PEGGIORE DOLORE IMMAGINABILE

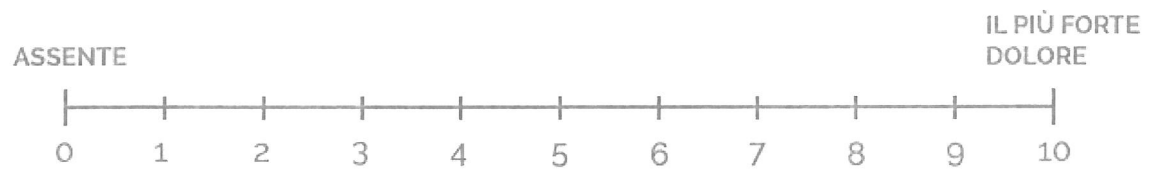
### c. Scala IPT - Iowa Pain Thermometer



d. Scala VAS (Visual Analogical Scale)

**SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS) DEL DOLORE**

Indicare con una crocetta su questa scala quanto è forte il dolore.





**ALLEGATO 2:  
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL DOLORE IN TRIAGE**

**CRITERI DI INCLUSIONE PROCEDURA:**

- Età >18 anni
- Ferite e piccola traumatologia
- Traumi distorsivi
- Traumi contusivi
- Sosp. fratture/lussazioni estremità sup.o inf
- Algie Articolari
- Algie Muscolo-Scheletriche
- Coliche Renali (in pazienti con storia di coliche renali)
- Cefalee Note (sintomi analoghi pregressi)
- Lombalgie note
- Odontalgie

