

*i*QUADERNI de L'INFERMIERE

ACUTE CHRONIC PAIN NURSE: UNA NUOVA REALTÀ

2ND SIMPAR SAN MATTEO INTERNATIONAL MEETING
ON PAIN RESEARCH ACUTE AND CHRONIC PAIN
PAVIA 20 NOVEMBRE 2009

PREMESSA

di Annalisa Silvestro

“Curare il dolore con i farmaci giusti”. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha identificato questa affermazione in un parametro di civiltà e di buona sanità.

Frequentemente nel nostro Paese il dolore è vissuto come un evento inevitabile ed inscindibile dalla malattia; non sempre è adeguatamente considerato e trattato, anche se notevoli sforzi sono stati compiuti per approcciarlo e superarlo in logica multidisciplinare. L'approccio e la logica multidisciplinare sono gli elementi di base del *San Matteo International Meeting on Pain Research* (Simpar) nell'ambito del quale si è svolto il Workshop infermieristico *Acute Chronic Pain Nurse: una nuova realtà*, diretto da Barbara Mangiacavalli, segretaria della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi e direttore Sitra (Servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale) presso l'Ircss San Matteo di Pavia. segue



Organo ufficiale
della Federazione
Nazionale Collegi Ipasvi

segue dalla prima

Gli atti del Workshop infermieristico costituiscono questo *Quaderno* che vuole essere un ulteriore contributo alla diffusione della cultura della prevenzione e della cura del dolore. Numerose sono le norme che si riferiscono all'impegno dell'infermiere nella rilevazione del dolore e, fra queste, non può che essere richiamata quella contenuta nell'art. 34 del Codice deontologico 2009, "L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari", che lega in maniera imprescindibile il dolore con il significato che ad esso viene attribuito dalla persona che lo prova.

"A seconda della loro storia personale e delle rispettive condizioni sociali e culturali, gli uomini reagiscono in maniera diversa ad una stessa ferita o a un identico disturbo. La loro soglia di sensibilità non è la medesima. L'atteggiamento nei confronti del dolore non è mai fisso."

L'infermiere, insieme al medico, ha la responsabilità di adottare un approccio mirato a quantificare l'intensità, la durata e la tipologia del dolore, in modo da rendere possibile un trattamento adeguato ed efficace.

1. D. Le Breton. Antropologia del dolore. Meltemi Editore Roma, 2007

INDICE

III. Come misurare il dolore acuto e cronico

Matteo Storti

Infermiere, Formatore Ebn, Gruppo di Ricerca del Collegio Ipasvi di Vicenza

VII. Problematiche connesse al dolore

Giuseppina Anelli

Infermiere, Blocco operatorio, Ircss San Donato Milanese

XI. Dolore e analgesia periferica continua

Pina Gallerani

Infermiere, Terapia del Dolore, Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

XIII. Il dolore in sala operatoria e terapia intensiva

Anna Massara

Referente Area Dipartimentale, Area emergenza-urgenza, Ircss San Matteo di Pavia

XVI. Il dolore nel bambino

Patrizia Carità

Infermiere coordinatore, Rianimazione, Azienda Oirm - S. Anna di Torino

XX. Acute Pain Service and Acute Pain Nurse

Anna La Torre

Infermiere, Libero professionista, Milano

XXIII. Acute and Chronic Pain Nurse: l'esperienza della Fondazione San Matteo di Pavia

Giuseppe Mentegari

Infermiere, Acpn Servizio di Terapia del dolore, Ircss Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia

COME MISURARE il DOLORE ACUTO e CRONICO

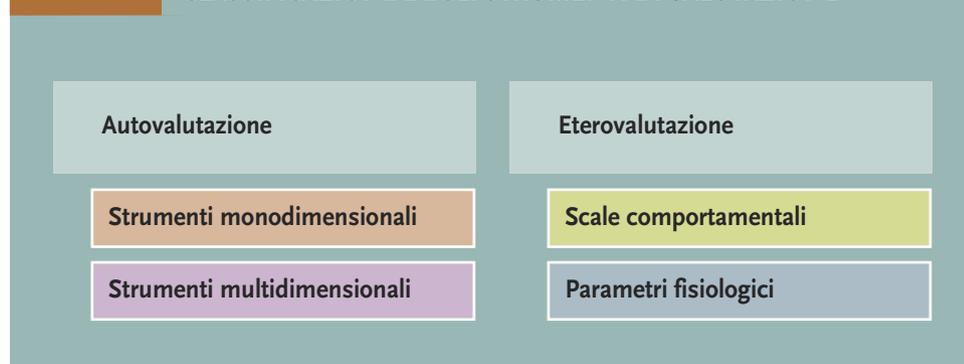
MATTEO STORTI

1. LA VALUTAZIONE DEL DOLORE

> Ogni persona ha diritto che il proprio dolore venga valutato e trattato rispettando sesso, età, cultura, stato sociale e religione. L'autovalutazione della persona assistita (self-report) è l'indicatore più attendibile dell'intensità del dolore. Il momento della valutazione del dolore è importante e richiede al professionista competenze tecniche (scelta dello strumento di valutazione), abilità relazionali (capacità di spiegare lo strumento ed istruire la persona assistita) e capacità di ascolto attivo (fiducia nel racconto della persona). Esistono molti strumenti di valutazione del dolore, distinguibili in strumenti di tipo autovalutativo ed etero- valutativo (Fig.1.1). Nessuno degli strumenti in uso può essere ritenuto adattabile ad ogni persona; è quindi necessario che l'infermiere conosca ed utilizzi più strumenti per la valutazione del dolore, secondo un ordine gerarchico legato all'attendibilità dell'approccio utilizzato:

1. *Autovalutazione da parte della persona*
 - a. Scale monodimensionali (dolore acuto e cronico - per monitoraggio e verifica dell'efficacia dei provvedimenti terapeutici)
 - b. Scale multidimensionali (dolore cronico - per valutazioni di lungo periodo o in corso di progetti di ricerca)
2. *Osservazione con scale comportamentali (bambini, adulti con compromissione dello stato cognitivo)*
3. *Informazioni ottenute dal caregiver*
4. *Alterazioni dei parametri vitali²*

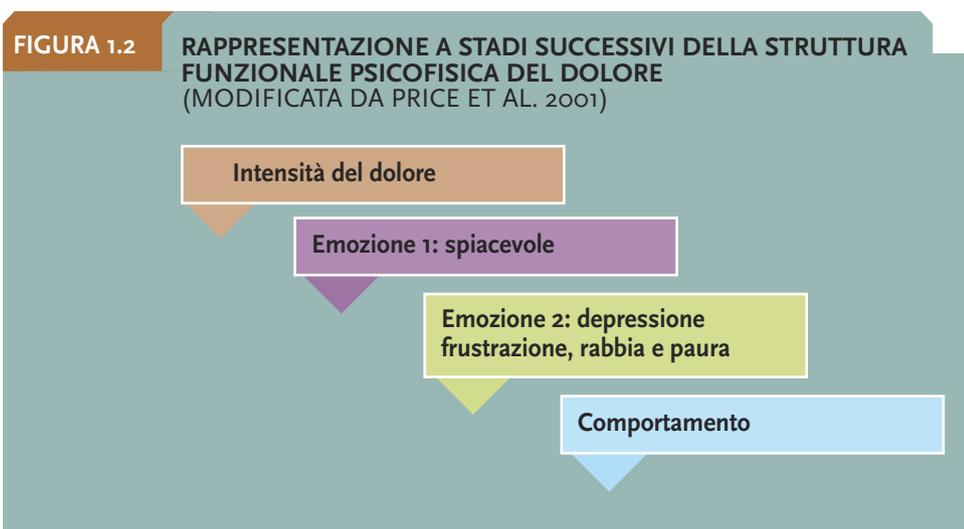
FIGURA 1.1 CLASSIFICAZIONE DEGLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE



2. NB. le alterazioni dei parametri vitali – respiro, pressione arteriosa, frequenza cardiaca – non devono essere utilizzate come unico indicatore della presenza ed intensità del dolore, ma devono essere sempre interpretati congiuntamente ad altre informazioni (comportamenti, informazioni del caregiver).

Un'interpretazione complessiva del dolore – in termini psicofisici – (Fig.1.2) permette di spiegare come l'intensità dello stimolo, la risposta emozionale e umorale immediata e le componenti più tardive della struttura emotiva, cognitiva e della personalità di ogni individuo, concorrano a determinare le caratteristiche dell'esperienza vissuta e il comportamento a essa associato.

È noto come sia possibile distinguere l'intensità del dolore dalla sua spiacevolezza e misurare separatamente queste due caratteristiche. Elementi cognitivi e di condizionamento possono modificare, a loro volta, spiacevolezza e intensità percepite, a parità di stimolazione nocicettiva. Ne consegue che se per ragioni pratiche si distinguono gli strumenti per la valutazione e la misurazione del dolore in strumenti unidimensionali e in strumenti multidimensionali, si dovrà sempre tener presente che non esiste alcuna misura del dolore che non sia di per sé multidimensionale. Questo perché i diversi fattori che modificano il dolore come esperienza sono sempre inevitabilmente presenti in ogni tipo di condizione clinica e di misurazione.



1.2. GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

I più affidabili strumenti di valutazione disponibili sono riassunti nella tabella 1.1.

Durante la somministrazione di qualsiasi strumento – in caso di risposte apparentemente non congruenti con lo stato di salute – non deve essere mai messa in discussione l'autovalutazione della persona. L'intensità, la sede, il tempo di insorgenza e la descrizione del tipo di dolore provato dal paziente sono elementi inscindibili per fornire una guida nella scelta della terapia farmacologica più appropriata e per una valutazione più obiettiva dei risultati del trattamento effettuato.

TABELLA 1.1

STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

| MONODIMENSIONALI | | | | |
|----------------------------|---|--------------------|---|--|
| Immagine | Scala | Somministrazione | Validata per | Commenti |
| | Scala Analogico Visiva (Vas) | Visiva | Dolore acuto e cronico Malattia reumatica Bambini età > 5 anni | È lo strumento più robusto ed attendibile ma anche più difficile da comprendere. Scarsa affidabilità in soggetti con alterazioni dello stato cognitivo (immediato post operatorio, demenza). Non tutti riescono a comprendere il concetto grafico di rappresentazione della loro intensità di dolore; si stima che il 7-11% dei pazienti adulti e più del 25% dei pazienti anziani siano incapaci di compilare la Vas. |
| | Scala Numerica (Nrs) | Verbale e/o visiva | Malattia reumatica Dolore acuto e cronico Dolore oncologico Dolore da trauma Analfabeti | La scala numerica verbale è una semplice scala di valutazione del dolore, molto simile alla Vas. È lineare e ha con quest'ultima una buona concordanza. La Nrs è facilmente compresa dal paziente che sceglie semplicemente un numero fra 0 e 10 per rappresentare il livello di dolore. La Nrs elimina la necessità della coordinazione visiva e motoria richiesta per eseguire la Vas e offre quindi maggiori possibilità di completamento. Sembra quindi più versatile della Vas per la misurazione nell'immediato periodo postoperatorio. L'insuccesso nel completare la scala è nell'ordine del 2%. Si è rivelata molto affidabile per misurare gli effetti dei trattamenti. Diminuita affidabilità agli estremi dell'età o in caso di deficit visivo, uditivo o cognitivo. |
| | Scala Verbale (Vrs) | Verbale e/o visiva | Dolore cronico | Le Vrs sono strumenti che impiegano degli aggettivi per descrivere il livello di intensità del dolore. Anche se le scale verbali sono di rapido e facile impiego non sempre sono in grado di valutare esattamente l'intensità del sintomo perché l'intervallo tra i descrittori non è sempre interpretabile allo stesso modo. Inoltre i descrittori verbali possono non comprendere tutti i livelli del dolore del paziente. Le Vrs perciò possono non essere sufficientemente rappresentative di modificazioni significative nella severità del dolore se è utilizzato un numero insufficiente di descrittori. I risultati migliori si ottengono con scale ad almeno sei livelli di intensità. |
| | Scala delle espressioni facciali. (Fps) | | Bieri: Bambini e adulti Wong-baker: Bambini | La scala delle espressioni facciali è uno strumento grafico che rappresenta le diverse espressioni del viso ipoteticamente connesse alla assenza o presenza di dolore di intensità crescente, viene utilizzata prevalentemente con pazienti pediatriche che non sono in grado di compilare una scala analogico visiva prima dei 5 anni. La principale fragilità di questo strumento consiste nel fatto che le espressioni del viso raffigurate possono essere associate non solo alla variabile oggetto di valutazione, il dolore, ma ad altri costrutti psicologici che solitamente si correlano all'espressione non verbale come ad esempio l'ansia, la depressione, l'aggressività, la soddisfazione. Per alcuni pazienti è percepita come più semplice rispetto a Vas e Nrs, non influenzata da differenze di genere, cultura o etnia. |
| MULTIDIMENSIONALI | | | | |
| Prief Pain Inventory (BPI) | Verbale | | <ul style="list-style-type: none"> Dolore oncologico Malattia reumatica Inglese, Italiano Giapponese | Valuta sede, intensità e caratteristiche del dolore, sollievo dal dolore, sentimenti e stati d'animo associati, interferenza con la qualità di vita. |
| McGill Pain Questionnaire | Verbale | | <ul style="list-style-type: none"> Dolore cronico Inglese, francese e norvegese | Strumento molto complesso che richiede circa 30 minuti per la compilazione, ne esiste una versione breve (short form) che richiede 2-3 minuti. Misura sede, intensità e caratteristiche del dolore, tono affettivo ed altre dimensioni |

Un ultimo accenno deve essere riservato agli strumenti concepiti per rilevare il dolore nelle persone non in grado di comunicare: si tratta di scale che assegnano dei punteggi in base all'osservazione di comportamenti correlabili al dolore. Si tratta ovviamente di strumenti più deboli, anche perché il processo di validazione è più complicato. A titolo esemplificativo riportiamo la scala Painad (*Pain in Adults with Dementia*), sviluppata per pazienti con demenza e compromissione dello stato cognitivo anche allo stadio avanzato, unico strumento ad essere stato sottoposto ad uno studio di validazione nella versione italiana.

FIGURA 1.3 LA SCALA PAINAD

| INDICATORI | 0 | 1 | 2 |
|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|
| Respirazione | Normale | Respiro affannoso | Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea |
| Vocalizzazione | Nessun problema | Pianti occasionali o brontolii | Ripetuti urli o lamenti |
| Espressioni del volto | Sorridente o inespressivo | Triste e/o ciglia aggrottate | Smorfie |
| Linguaggio del corpo | Rilassato | Teso | Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire |
| Consolabilità | Nessun bisogno di essere consolato | Confuso e che cerca rassicurazione | Incapacità di distrazione e/o consolazione |
| 0-1 Dolore assente | 2-4 Dolore lieve | 5-7 Dolore moderato | 8-10 Dolore severo |

BIBLIOGRAFIA

- Merskey H., *Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by Subcommittee on Taxonomy*, Pain 1979; 6:249-52.
- Ready L.B., Edwards W.T., *Management of acute pain: a practical guide. Taskforce on acute pain*, IASP Pubblicazione, Seattle, 1992.
- Artioli G., Copelli P., *Assessment infermieristico*, Milano: Poletto Edizioni 2005
- Cherny N., *The management of cancer pain*, Cancer J Clin 2000; 50: 70-116.
- Testa M.A., Simonson D.C., *Assessment of quality of life outcomes*, N Engl J Med 1998;334: 835-40.
- Mercadante S., Ripamonti C., *Valutazione, diagnosi e trattamento del dolore da cancro*, Masson Milano, 2000.
- Price D., Riley J.I., Wade J., *Psychophysical approaches to measurement of the dimensions and stages of pain*, in Turk O, Melzack R. (Eds), *Handbook of pain assessment*, 2nd ed. New York: Guilford Press, pp 53 -75, 2001
- Price D., Bush F.M., Long S., Harkins S.W., *A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales*, Pain. 1994; 56:217-226.
- Williamson A. & Hoggart B., *Pain: a review of three commonly used pain rating scales*, Journal of Clinical Nursing. 2005,14, 798-804.
- Kremer E., Atkinson J.H., Ignelzi R.J., *Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement*, Pain; 10:241-248, 1981.
- Herr K.A., Mobily P.R., *Comparison of selected pain assessment tools for the use with the elderly*, App Nurs Res; 6:39-46, 1993.
- Bijur P.E., Silver W., Gallagher E.J., *Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain*, Acad Emerg Med; 8(12):1153-7, 2001.
- Gracely R.H., McGrath P.A., Dubner R., *A ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors*, Pain; 5:5-18, 1978.
- Ware L.J., Epps C.D., Herr K., Packard A., *Evaluation of the Revised Faces Pain Scale, Verbal Descriptor Scale, Numeric Rating Scale, and Iowa Pain Thermometer in older minority adults*, Pain Manag Nurs; 7(3):117-25, 2006.
- Costardi D., Rozzini L., Costanzi C., Ghianda D., Franzoni S., Padovani A., Trabucchi M., *The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (Painad) scale*, Arch Gerontol Geriatr; 44(2):175-80, 2007.
- Warden V, Hurley A, Volicer L., *Development and Psychometric Evaluation of Pain Assessment in Advanced Dementia (Painad) Scale*, Journal American Medical Directors Association; 4:9-15. 2003.

PROBLEMATICHE CONNESSE al DOLORE

GIUSEPPINA ANELLI

> Negli ultimi anni si è registrata un'evoluzione sistemica, concettuale e pratica nei campi clinico, assistenziale, etico e gestionale del fenomeno dolore. Ancora numerosi sono gli studi che evidenziano la tendenza degli operatori sanitari a sottostimare e sottotrattare il dolore: capita ancora che il medico consideri il dolore un fatto secondario ad una patologia cui riserva tutta la sua attenzione, quindi che concentri la sua attenzione alla diagnosi piuttosto che al trattamento volto a controllarlo; parallelamente risulta poco applicata da parte degli infermieri la raccomandazione di promuovere l'autovalutazione del dolore. Eppure l'infermiere, nella sua funzione di osservatore qualificato e preparato, si trova quotidianamente a fronteggiare il dolore dei pazienti che assiste; nel processo di valutazione e trattamento del dolore dovrebbe assumere un ruolo centrale, come già nel 1986 affermava il *National Institutes of Health*, sottolineando che la responsabilità primaria di valutazione e trattamento del dolore, seppur in un contesto di multidisciplinarietà, appartiene all'infermiere, cui spetta, di conseguenza, il coordinamento delle attività di presa in carico e controllo del dolore. Possiamo affermare che oggi la sottostima del dolore da parte di medici e infermieri è dovuta a molteplici ragioni, che possono andare dall'inadeguatezza culturale, alla scarsa conoscenza di meccanismi fisiopatologici, all'esperienza professionale e personale vissuta, alla riluttanza all'uso dei farmaci. A ciò si aggiunga che il paziente spesso non manifesta il proprio dolore apertamente, per non subire ulteriori interventi diagnostici-terapeutici che non gradisce, oppure poiché ritiene giustificato il dolore in una situazione di malattia o di ospedalizzazione. In realtà, a livello non solo clinico e terapeutico, si è assistito a un cambiamento: il dolore prima considerato con rassegnazione, come inevitabile conseguenza dell'atto chirurgico ora è visto come spia d'allarme, in grado di produrre effetti fisiopatologici negativi sulle funzioni vitali. Segni tangibili di questo cambiamento si riscontrano anche a partire dalla definizione di dolore: se infatti l'*International Association for Study of Pain* (Iasp) definisce il dolore come "un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata a un reale o potenziale danneggiamento di un tessuto o descritta con riferimento a tale danneggiamento", la definizione data dalle colleghe McCaffery e Beebe in un noto manuale infermieristico sul trattamento del dolore colloca in primo piano l'esperienza soggettiva ("il dolore è qualunque cosa il paziente afferma che sia ed esiste ogni volta che il paziente afferma che esiste"), sottolineando che il primo aspetto importante per la valutazione del dolore è credere al paziente e rispettarne la descrizione. E andando ancora oltre, se consideriamo le diagnosi infermieristiche ed i relativi interventi ed esiti di pertinenza infermieristica (Tab.2.1), scopriamo che dolore acuto e cronico sono appunto diagnosi infermieristiche, quindi che l'accertamento del dolore e la sua presa in carico sono responsabilità infermieristiche da assumere nel rispetto degli ambiti di autonomia e collaborazione con la componente medica.

TABELLA 2.1

DIAGNOSI, INTERVENTI ED ESITI INFERMIERISTICI CORRELATI AL DOLORE

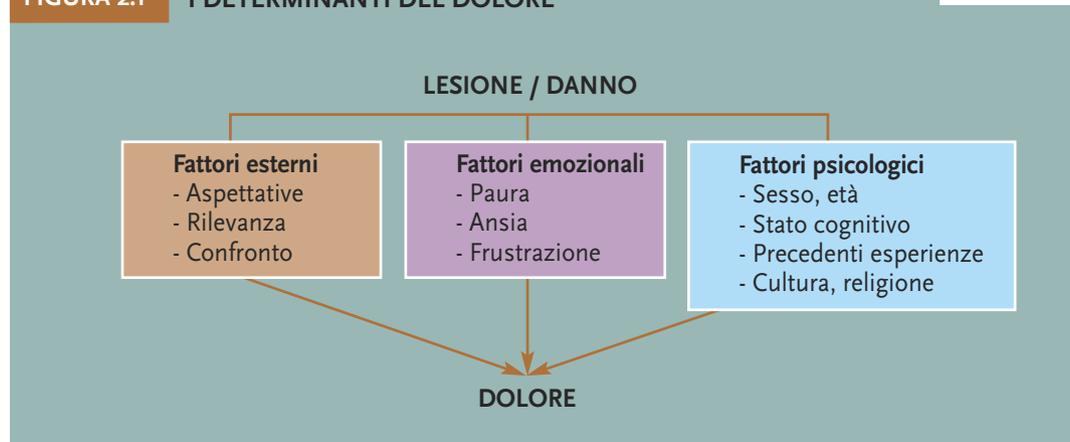
| Diagnosi infermieristiche | Interventi infermieristici | Esiti infermieristici |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dolore acuto • Dolore cronico | <ul style="list-style-type: none"> • Gestione del dolore • Sedazione cosciente • Somministrazione analgesici | <ul style="list-style-type: none"> • Comportamenti di controllo del dolore • Effetti destabilizzanti del dolore • Livello di benessere • Livello di dolore |

La parabola del cambiamento a livello teorico e concettuale può terminare con i principi che guidano l'infermiere nella valutazione e trattamento del dolore, derivanti dalle linee guida elaborate nel 2002 ed aggiornate nel 2007 dal Registered Nurses Association of Ontario (Rnao):

- i pazienti hanno diritto al maggior sollievo possibile dal dolore;
- il dolore acuto non trattato ha conseguenze negative e gli infermieri devono prevenire il dolore ove possibile;
- un dolore non controllato richiede un'analisi critica dei fattori correlati al dolore e degli interventi messi in atto;
- il dolore è un'esperienza soggettiva, multidimensionale ed altamente variabile per ogni paziente a prescindere dall'età o dai problemi/bisogni di salute;
- gli infermieri sono eticamente e legalmente obbligati a proporre cambiamenti del piano terapeutico quando il sollievo dal dolore sia inadeguato;
- nella assunzione di decisioni sulla gestione del dolore è richiesto il coinvolgimento del paziente e delle persone significative;
- valutazione e trattamento del dolore efficaci hanno obiettivi multidimensionali e richiedono un intervento multidisciplinare coordinato;
- la competenza clinica nella valutazione e trattamento del dolore richiede programmi di formazione continua;
- l'utilizzo appropriato degli oppiacei facilita le attività del paziente come la deambulazione, le attività di vita quotidiana, la partecipazione a sedute fisioterapiche;
- gli infermieri devono partecipare a livello organizzativo alla valutazione formale dei processi e dei risultati dei programmi di gestione del dolore;
- gli infermieri hanno la responsabilità di negoziare con tutti gli altri professionisti sanitari i cambiamenti organizzativi che possano produrre miglioramenti nelle pratiche di gestione del dolore;
- gli infermieri sostengono lo sviluppo dei piani d'azione e l'allocazione di risorse che possano favorire una gestione efficace del dolore.

Il dolore è costituito da una componente emotiva e una sensoriale; nella sua manifestazione interagiscono caratteristiche psicologiche di percezione del dolore come rabbia, ansia, paura, depressione, a cui si devono aggiungere i fattori di apprendimento, il contesto culturale, la situazione e il significato attribuito, l'attenzione, la religione e la cultura.

FIGURA 2.1 I DETERMINANTI DEL DOLORE



Conoscere il dolore significa saper definire, selezionare e riconoscere le tipologie di dolore, per comprenderne le conseguenze a livello psico-fisio-patologico.

Il dolore è classificabile in due tipi: acuto e cronico. Il dolore acuto è detto anche nocicettivo, in quanto risposta di adattamento allo stimolo doloroso, che determina una serie di reazioni fisiologiche dell'organismo con funzione protettiva.

Già nel 1953 Bonica definiva il dolore cronico come quella sensazione dolorosa che persiste dopo "il normale tempo di guarigione", che peraltro può variare a seconda del tipo di patologia e/o dell'organo coinvolto e che viene comunemente considerato come variabile da tre a sei mesi. In ogni caso il dolore cro-

nico non è definibile semplicemente come dolore acuto che si protrae nel tempo. Infatti l'Iasp ha scelto di non definire il dolore cronico, indicando necessarie almeno quattro delle seguenti caratteristiche per la diagnosi presuntiva di dolore cronico:

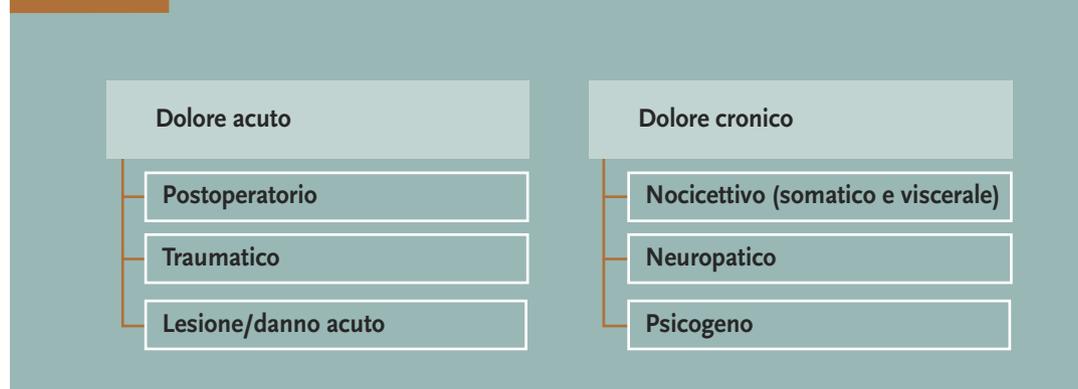
- dolore persistente della durata superiore a 2-4 settimane;
- evidenza di comportamenti dolorosi (verbali e non verbali);
- riferito come vago, inconsistente, impreciso, aspecifico;
- abuso di sostanze e/o dipendenza;
- depressione;
- riduzione della motilità con conseguente dolore secondario di origine muscolo scheletrica;
- interruzione degli sforzi lavorativi, ricreativi e familiari;
- dipendenza da medici, coniuge e familiari.

Dal dolore cronico possono scaturire conseguenze ancora più gravi che interessano la qualità di vita del soggetto, in quanto il dolore ne può influenzare la personalità e la vita relazionale.

TABELLA 2.1 DOLORE CRONICO: TIPOLOGIA

| | |
|------------------------------------|--|
| Nocicettivo (viscerale e somatico) | Derivato dalla stimolazione dei recettori dolorifici (nocicettori) è scatenato da una lesione o da una disfunzione all'interno del sistema nervoso periferico e/o centrale. Può verificarsi assieme al dolore neuropatico |
| Neuropatico | Può presentarsi come <ul style="list-style-type: none"> • Allodinia (stimoli non dolorosi, recepiti come dolore) • Iperalgesia (risposta amplificata a uno stimolo doloroso) • Parestesia (sensazione spontanea di punture e di aghi) • Disestesia (percezione spiacevole degli stimoli sensitivi sulla pelle) |
| Psicogeno | Si presenta con intensità ed invalidità sproporzionate rispetto alla causa somatica In alcuni casi non c'è parallelo con alcuna malattia organica, ed è riconducibile a forme di somatizzazione |

FIGURA 2.2 CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE



Il dolore ha una funzione protettiva, ma il suo persistere ha anche numerosi effetti negativi. Dopo una lesione tissutale si manifestano profonde alterazioni neuroendocrine dovute alla stimolazione dell'ipotalamo, che è direttamente collegato alle vie del dolore. Tali manifestazioni, definite "reazioni da stress", sono caratterizzate dall'incremento di ormoni catabolici e dall'inibizione di sostanze anabolizzanti, come il testosterone e l'insulina. Tali alterazioni danno origine a iperglicemia e negativizzazione del bilancio

azotato. L'ipermetabolismo associato alla risposta allo stress fornisce all'organismo una maggiore disponibilità energetica immediata, ma tali modificazioni, prolungate nel tempo, possono influenzare negativamente l'outcome del paziente.

Contemporaneamente alla risposta ipotalamica si manifesta una reazione del sistema nervoso simpatico, che ha una azione diretta sul sistema cardiovascolare. Compare un incremento della ritenzione idrosalina, con conseguente incremento del lavoro cardiaco. L'angiotensina II causa una vasocostrizione generalizzata. Le catecolamine (adrenalina e noradrenalina) provocano un incremento della frequenza cardiaca, della contrattilità miocardica e delle resistenze vascolari sistemiche.

È chiaro quindi che un trattamento efficace e tempestivo del dolore è in grado di contrastarne gli effetti negativi. Nel caso del dolore cronico l'obiettivo principale è anche quello di contrastare gli effetti psicologici del dolore e l'impatto sulla qualità di vita del paziente.

TABELLA 2.2

LE CONSEGUENZE DEL DOLORE

| Apparato | Conseguenze del dolore |
|------------------------------|--|
| Respiratorio | Il dolore crea un ciclo vizioso che ostacola la ventilazione polmonare. Spasmo, irrigidimento e debolezza muscolare possono inibire il meccanismo di difesa della tosse favorendo condizioni patologiche come ipossiemia, atelectasia, infezione delle vie respiratorie. |
| Cardiovascolare | L'ipertono del sistema simpatico aumenta il lavoro cardiaco con possibile evoluzione in episodi di ischemia, angina, infarto miocardico acuto da ridotto apporto di ossigeno e aumentata vasocostrizione coronarica. La ritenzione idrosalina può far precipitare situazioni di labile compenso cardiaco. Gli effetti mediati dallo stress sulla coagulazione si possono riassumere in alterazioni della viscosità ematica, della funzionalità piastrinica e della fibrinolisi. Tutto ciò comporta uno stato di ipercoagulabilità, che in pazienti costretti all'immobilità aumenta notevolmente l'incidenza di eventi tromboembolici. |
| Muscoloscheletrico | Il dolore a causa dell'iperattività simpatica continua ad aumentare lo spasmo muscolare limitando i movimenti, ritardando la ripresa delle normali attività. |
| Gastrointestinale e urinario | L'aumento della secrezione gastrica può evolvere in ulcere anche sanguinanti e la ridotta motilità gastrointestinale può dar luogo a ileo paralitico, nausea e vomito. Frequentemente si verifica ritenzione urinaria. |
| Immunitario | Può manifestarsi linfopenia, leucocitosi e depressione del sistema reticolo-endoteliale. Questi effetti determinano un abbassamento delle resistenze ai patogeni, e ciò può risultare un fattore chiave nello sviluppo delle complicanze infettive perioperatorie. In pazienti neoplastici, la manipolazione chirurgica del tumore può comportare rilascio di cellule neoplastiche, e la situazione di stress può inficiare l'attività citotossica delle cellule T killer. |
| Neurologico | Le reazioni neurovegetative connesse al dolore possono determinare pallore cutaneo, sudorazione profusa, sensazione lipotimica, midriasi ed in alcuni casi si può arrivare fino alla sincope. |

BIBLIOGRAFIA

Thibodeau G.A., *Anatomia e Fisiologia*, Casa editrice Ambrosiana, Milano, 1995.
 Tassi A., Magni G., *Compendio di anestesia loco-regionale dell'arto superiore*, Mosby Italia, 1998.
 Gauthier-Lafaye P., *Manuale di anestesia locoregionale*, Masson, Milano, 1990.
 Braschi A., Allegri M., Berti M., et al., *Il trattamento del dolore postoperatorio. Raccomandazioni di un gruppo di esperti*, Forum Service Editore, 2007.
 National Institutes of Health, *The integrated approach to the management of pain, National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement*, 6 (3), 1-8. 1986

De Nicola A., *Analgesia con pompa elastomerica*, GDS - Baxter 1998
 Becker N., Thomsen A.B., Olsen A.K., Sjorgren O., Bech P., Eriksen J., *Pain epidemiology and health related quality of life in chronic nonmalignant pain patients referred to a Danish multi-disciplinary pain center*, Pain;73:393-400. 1997.
 Bonica J.J., *The Management of Pain*, first edition, Philadelphia: Lea and Febinger, 1953.
 Pollock R.E., *Mechanism of surgical stress impairment of human perioperative natural killer cell cytotoxicity*, Arc Surg 1991; 126: 3-38
 McCaffery M., Beebe A., *Pain clinical manual for nursing practice*, St Louis, Mosby; 1989
 Virani T., McConnell H., Tait A. et al., *Assessment and management of Pain*, Rnao Nursing best practice guideline. 2002, 2007 Update.

DOLORE e ANALGESIA PERIFERICA CONTINUA

PINA GALLERANI

> Le procedure ortopediche sono correlate ad elevata incidenza di dolore severo poiché avvengono a carico di strutture ampiamente innervate e fornite di numerosissimi recettori del dolore. L'utilizzo del blocco periferico (troncolare o del plesso nervoso) come tecnica anestesiológica induce un'anestesia accompagnata al blocco simpatico e motorio nel territorio di innervazione della struttura nervosa bloccata e consente un più rapido recupero e miglior controllo del dolore nelle prime ore post-operatorie rispetto all'anestesia generale

I principali risultati attesi di questa tecnica sono la riduzione dell'incidenza di complicanze e delle giornate di degenza post-operatoria mediante:

1. la somministrazione della terapia antalgica più adeguata ed efficace al fine di ridurre o eliminare il dolore post-operatorio;
2. l'inizio precoce della riabilitazione.

Il blocco periferico continuo costituisce inoltre un'importante strategia analgesica nelle applicazioni di trazioni transchetrice a causa di fratture di ossa lunghe ed inoltre costituisce una valida alternativa in caso di controindicazione all'analgia sistemica endovenosa o in caso di impossibilità nell'effettuazione di un blocco centrale (peridurale).

TABELLA 3.1

TIPOLOGIA DI BLOCCHI PERIFERICI

| | |
|---|---|
| Blocco sovra scapolare | Anestesia ed analgesia della spalla (parte posteriore) e della regione della scapola |
| Blocco interscalenico alto | Anestesia ed analgesia spalla e 3° prossimale dell'omero e clavicola |
| Blocco infraclaveare (sottoclaveare) | Anestesia ed analgesia terzo medio-distale omero, gomito e avambraccio, analgesia spalla e terzo prossimale omero |
| Doppio blocco plesso brachiale (interscalenico + infraclaveare) | Anestesia ed analgesia spalla e omero |
| Blocco lombare | Anestesia ed analgesia coscia e ginocchio (compartimento anteriore), analgesia di anca e bacino |
| Blocco femorale | Anestesia ed analgesia ginocchio (compartimento anteriore) |
| Blocco parasacrale | Anestesia ed analgesia regione posteriore della coscia, compartimento posteriore del ginocchio, tibia, caviglia e piede |
| Blocco plesso sacrale | Anestesia ed analgesia regione posteriore coscia, ginocchio (compartimento posteriore), tibia, caviglia e piede |
| Blocco sciatico | Anestesia ed analgesia coscia e ginocchio (compartimento posteriore), caviglia, piede |

TABELLA 3.2

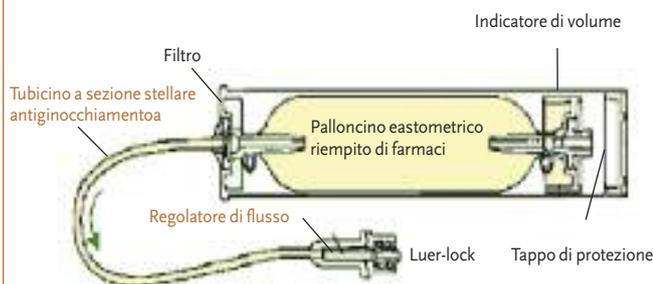
INTERVENTI E OUTCOMES INFERMIERISTICI CORRELATI ALLA GESTIONE DELLA ANALGESIA PERIFERICA CONTINUA

| Diagnosi infermieristiche | Interventi infermieristici | Outcomes infermieristici |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dolore acuto • Dolore cronico | <ul style="list-style-type: none"> • Gestione del dolore • Addestramento del paziente per auto somministrazione anestetico • Valutazione del dolore • Gestione devices • Controllo e valutazione del dolore • Somministrazione analgesici e anestetici • Valutazione parametri vitali, motilità, sensibilità e circolo (Msc) | <ul style="list-style-type: none"> • Comportamenti di controllo del dolore • Effetti destabilizzanti del dolore • Livello di benessere • Livello di dolore • Assenza effetti collaterali |

TABELLA 3.3

DISPOSITIVI DI INFUSIONE

Pompa elastomerica



Dipositivo monouso per l'infusione continua di farmaci in soluzione, a velocità costante preimpostata. Costituita da un palloncino-serbatoio in materiale elastico (elastomero) che esercita, sul fluido in esso contenuto, una pressione costante; tale fluido viene spinto lungo una linea d'infusione direttamente in vena, sottocute, intorno ad un plesso, in un'articolazione o in peridurale.

La velocità di infusione e la durata sono quelle indicate su ogni singolo presidio.

La pompa elastomerica garantisce l'accuratezza del flusso, proprietà antischiacciamento e antigenocchiamiento della linea infusionale, la leggerezza e la maneggevolezza.

Una possibilità terapeutica ulteriore è data dall'opportunità di pompe elastomeriche dotate di un modulo di controllo per l'autosomministrazione di boli entro limiti posologici prefissati su richiesta del paziente. Si realizza così la Pca (Patient Controlled Analgesia). Tali dispositivi consentono l'esecuzione del bolo entro intervalli minimi prestabiliti tra una somministrazione e l'altra (tempo di blocco).

Pompa elettronica con PCRA (patient controlled regional analgesia)

Ideata per rispondere in modo specifico ai requisiti richiesti dal trattamento del dolore. Il microinfusore portatile computerizzato è in grado di somministrare infusioni continue. È dotato di una serie completa di cassette da riempire di cui la più usata è quella da 500 ml. La cassetta fa corpo unico con la pompa, minimizzando il rischio di infezioni e di contatti accidentali. La richiesta di boli si effettua premendo l'apposito pulsante collegato alla pompa che è estremamente precisa nella somministrazione. I dati vengono impostati in reparto secondo lo schema indicato. Il paziente può eseguire delle autosomministrazioni.

BIBLIOGRAFIA

Borghi B., Casati A., Rainaldi M.P., *Levobupivacina nella pratica clinica*, Masson Editore, Milano 2004.
 Montanini S., *Linee guida e responsabilità professionale*, Minerva Anestesiologica, FEB 2002; 68:1-2.

Jankovic D, Borghi B., Rainaldi M.P., *Anestesia Regionale*, Masson Editore, Milano 2006.
 Jankovic D., Wells C., *Anestesia Regionale*, Masson Editore, Milano 2002.
 Torri G., *Anestetici locali, nuove molecole per nuove applicazioni*, Edizioni Minerva Medica 2002.

Il DOLORE in SALA OPERATORIA e TERAPIA INTENSIVA

ANNA MASSARA

> L'ultima revisione dei criteri di accreditamento all'eccellenza clinica – elaborata dalla *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (Jcaho) – attribuisce grande rilevanza alla gestione del dolore, definendone la rilevazione quantitativa il quinto parametro vitale, insieme alla pressione arteriosa, alla frequenza cardiaca, alla temperatura corporea e alla frequenza respiratoria. Da quasi un ventennio l'Oms ha elaborato delle linee-guida per il trattamento efficace del dolore, inizialmente concepite per il dolore oncologico ma poi applicate anche a quello acuto: sono tre i gradini da percorrere, a seconda dell'intensità del dolore. Farmaci antinfiammatori non steroidei per il dolore lieve, oppioidi deboli per quello moderato e oppioidi forti per quello severo.

4.1. UN OSPEDALE SENZA DOLORE

Nonostante queste ed altre importanti prese di posizione, la prevalenza del dolore negli ospedali rimane elevata. Le stime variano a seconda degli autori: da un minimo del 44% fino a un massimo del 91%, come evidenziato nello studio di Visentin et al. (2004), che ha coinvolto presidi ospedalieri su tutto il territorio nazionale. Nel 1992 presso l'ospedale St. Luc di Montreal (Canada) è stato avviato un progetto innovativo, finalizzato a modificare gli atteggiamenti e il comportamento sia dei professionisti sanitari, sia dei pazienti ricoverati. Questo progetto, denominato *Verso un ospedale senza dolore*, ha ricevuto l'appoggio ufficiale della divisione panamericana dell'Oms; dopo l'esperienza di Montreal, è oggi in corso in Francia, Svizzera, Belgio, Spagna, Stati Uniti e Italia, con il coordinamento dell'associazione internazionale *Ensemble contre la douleur* (www.sans-douleur.ch).

I principi su cui si fonda questa campagna internazionale sono stati così formulati:

- il dolore è un problema trasversale a tutte le specialità presenti negli ospedali;
- la campagna deve coinvolgere tutto l'ospedale;
- occorre dare sollievo a ogni tipo di dolore all'interno dell'ospedale;
- è essenziale che alla campagna partecipi anche la cittadinanza.

Questi principi sono stati fatti propri anche dal nostro Paese. Nel settembre 2000 il Ministero della Sanità ha istituito una Commissione di studio, *Ospedale senza dolore*, che ha elaborato un progetto specifico, le cui linee-guida sono state approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 24 maggio 2001 e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale il 29 giugno dello stesso anno. Sono quindi divenute essenziali le rilevazioni di base della prevalenza del dolore, le modalità di trattamento del dolore, le attitudini e conoscenze di medici e infermieri. Accanto ad un vero e proprio bilancio sul fenomeno dolore, attraverso questi dati, deve esserci spazio per la formazione, con la partecipazione congiunta di infermieri e medici, in modo da favorire la formazione di équipe multi professionali, necessaria per la presa in carico del paziente con dolore. La misurazione sistematica del dolore al letto dell'assistito, eseguita almeno due volte al giorno, è l'iniziativa cardine del progetto. Essa mira a dare una visibilità al dolore pari agli altri segni vitali ed è il presupposto per il conseguente trattamento.

4.2. IL DOLORE POST OPERATORIO

Il Dolore Post Operatorio (Dpo) rientra nella classificazione del dolore acuto, ma diversamente da quello causato da un trauma o da una lesione organica è prevenibile e prevedibile, ha una durata limitata nel tempo ed è influenzato dalla componente affettiva legata all'ansia connessa alla riuscita dell'intervento chirurgico.

È ormai ampiamente dimostrato che un buon controllo del Dpo, oltre a ridurre la sofferenza, produca anche esiti favorevoli per i pazienti quali la riduzione delle giornate di degenza, minor incidenza di complicanze postoperatorie, guarigione precoce della ferita, riduzione della progressione del dolore da acuto a cronico. Le regole basilari di un buon trattamento del Dpo, che coinvolgono chirurghi, anestesisti ed infermieri, possono essere così riassunte:

- 1) esaminare (prevedere) la quantità di dolore in relazione al tipo di intervento;
- 2) considerare il tipo di paziente (bambino, anziano, adulto, collaborante, non collaborante ecc.);
- 2) considerare le risorse disponibili (pompe Pca, cateteri peridurali ecc.);
- 3) stabilire con quale tecnica e da quale via praticare la terapia (in rapporto all'intervento chirurgico);
- 4) valutare l'intensità del dolore durante il trattamento, prevedendo dosi rescue o di salvataggio programmate;
- 5) decidere quando cominciare il trattamento.

TABELLA 4.1

FATTORI CHE DETERMINANO IL DOLORE POST OPERATORIO

| | |
|------------|---|
| Intervento | <ul style="list-style-type: none"> - sede, tipo e durata dell'intervento - tipo di anestesia, pre-medicazione e preparazione - presenza di drenaggi, sondini e cateteri, autonomia alimentare e di movimento, canalizzazione |
| Persona | <ul style="list-style-type: none"> - età, genere, soglia individuale del dolore - fattori socio-culturali, credenze religiose, livelli d'ansia, locus of control, modelli cognitivi e comportamentali di apprendimento, esperienze precedenti - convinzioni sulla terapia (paura di dipendenza, overdose, effetti collaterali dei farmaci) |
| Ambiente | <ul style="list-style-type: none"> - educazione pre-operatoria e preparazione all'intervento - presenza di un servizio specifico per la gestione del dolore post operatorio (Acute Pain Service) - formazione del personale sulla gestione del dolore post operatorio |

L'infermiere è coinvolto in particolare nell'educazione pre-operatoria (è dimostrato che fornire informazioni sul Dpo e sui comportamenti post-operatori, nonché educare i pazienti a descrivere il loro dolore, riduce il Dpo stesso ed il conseguente consumo di farmaci), nel supporto psicologico e nella valutazione e documentazione del dolore e degli eventuali effetti collaterali dei farmaci, nel coinvolgimento degli altri operatori sanitari che hanno a che vedere con la componente algica dell'intervento. Infatti la terapia antalgica post-operatoria è essenziale nell'approccio riabilitativo del paziente operato. Un gruppo multidisciplinare è fondamentale per il raggiungimento di outcome soddisfacenti. Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere devono avvalersi del supporto di altre figure, per esempio il farmacista per l'approvvigionamento dei presidi e la pronta disponibilità dei farmaci, i fisioterapisti per la riabilitazione, lo psicologo per sostenere chi deve essere sottoposto all'intervento chirurgico e le figure di riferimento della persona per un sostegno durante la degenza e in fase di dimissione.

La valutazione del dolore in genere va effettuata:

- prima dell'intervento chirurgico;
- a intervalli di 2-4 ore nella prima giornata post operatoria;
- a riposo e in movimento;
- a ogni nuovo episodio di dolore;
- dopo ogni trattamento antalgico (30 minuti dopo la terapia parenterale, 60 minuti dopo la terapia orale, 30 minuti dopo interventi non farmacologici e comunque secondo l'evoluzione clinica).

Ai normali strumenti utilizzati per la valutazione del dolore si affiancano anche scale di valutazione relative al tipo e modalità di anestesia scelta: ad esempio nei pazienti in trattamento con oppiacei forti come la morfina è di fondamentale importanza monitorare anche il livello di sedazione, mentre per l'anestesia continua per via peridurale viene monitorato anche il livello del blocco. Di seguito vengono proposte la scala Ramsey per il monitoraggio della sedazione e la scala Bromage per il blocco: nonostante la loro semplicità, si tratta di strumenti molto affidabili ed validati a livello internazionale.

FIGURA 4.1 SCALA RAMSEY

| Stato del paziente | Punteggio | Livello di sedazione |
|-----------------------|---|----------------------|
| Paziente sveglio | 1.ansioso e agitato o irrequieto | insufficiente |
| | 2.tranquillo, orientato e collaborante | adeguata |
| | 3.risponde solo ai comandi | adeguata |
| Paziente addormentato | 4.risposta vivace ad una leggera pressione sulla glabella o ad un forte stimolo uditivo | adeguata |
| | 5.risposta rallentata ad una leggera pressione sulla glabella o ad un forte stimolo uditivo | profonda |
| | 6.nessuna risposta ad una leggera pressione sulla glabella o ad un forte stimolo uditivo | eccessiva |

FIGURA 4.2 SCALA BROMAGE

| Punteggio | Intensità blocco | Motilità del paziente |
|-----------|-----------------------|---|
| 0 | Blocco assente | Flessione completa di ginocchia e piedi, solleva l'arto esteso |
| 1 | Blocco parziale | Muove appena le ginocchia e i piedi, non solleva l'arto ma flette |
| 2 | Blocco quasi completo | Muove solo i piedi in lieve estensione, non flette |
| 3 | Blocco completo | Non muove né ginocchia né piedi |

BIBLIOGRAFIA

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, *Pain management standards*, 2001.
- World Health Organization, *Cancer pain relief with a guide to opioid availability*, World Health Organization, Geneva, 1996
- Donovan M., Dillon P., McGuire L., *Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients*, *Pain*. 1987; 30; 69-78.
- Abbott F.V., Gray-Donald K., Sewitch M.J., Johnston C.C., Edgar L., Jeans M.E., *The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months*, *Pain*, 1992. 50; 15-28.
- Trentin L., Visentin M., De Marco R., Zanolin E., *Prevalence of pain in a public Hospital: correlation between patients and caregivers*, *J. Headache Pain* 2001. 2; 73-78
- Costantini M., Viterbori P., Gaddo F., *Prevalence of pain in Italian hospital: Results of regional cross-sectional survey*, *J. Pain Symptom Manage.* 2002. 23 (3), 221-230.
- Visentin M., Zanolin E., Trentin L., Sartori S., De Marco R., *Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals*, *European Journal of Pain*. Volume 9, Issue 1, February 2005, 61-67.
- Besner G., Rapin C., *The Hospital Creating a pain free environment to improve pain control in hospitalized patients*, *J Palliat Care* 1993;9;51-52
- Nolli M., Nicosia F., *Postoperative pain management. Aims and organization of a strategy for postoperative acute pain therapy*, *Minerva Anestesiol.* 2000 Sep;66(9):585-601.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, *Pain Assessment and Management: An Organizational Approach*, Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2000.
- Cotugno G., Dal Dosso M., Fabbucci P., Lumini E., Paolicchi A., Pippa P., Rutili A., Veneziani A., *Il trattamento del dolore acuto post-operatorio in chirurgia. La lotta al dolore*, *Supplemento di Toscana Medica* n. 2 febbraio 2008.
- Savoia G., Ambrosio F., Paoletti F., Bertini L., Mattia C., Aman-tea B., et al., *SIAARTI recommendations for the treatment of postoperative pain*, *Minerva Anestesiol* 2002;68:735-50.
- Bromage P.R., Camporesi E.M., Durant P.A., Nielsen C.H., *Non-respiratory side effects of epidural morphine*, *Anesth Analg.* 1982 Jun;61(6):490-5
- van Dishoeck A.M., van der Hooft T., Simoons M.L., van der Ent M., Scholte op Reimer W.J., *Reliable assessment of sedation level in routine clinical practice by adding an instruction to the Ramsay Scale*, *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009 Jun;8(2):125-8. Epub 2008 Dec 3.

IL DOLORE *nel* BAMBINO

PATRIZIA CARITÀ

> Nella valutazione del dolore nel bambino si possono evidenziare tre punti critici:

- la globalità del dolore;
- lo strumento di valutazione;
- il trattamento del dolore.

5.1. LA GLOBALITÀ DEL DOLORE NEL BAMBINO

Il dolore fisico nell'infanzia assume in ospedale le caratteristiche del dolore totale, perché arriva ad interessare la sfera emotiva, il campo relazionale, l'ambito spirituale. Il bambino, qualunque bambino, comunica il suo dolore utilizzando un linguaggio che naturalmente varia in rapporto a:

- età;
- esperienze precedenti;
- vissuto di malattia;
- timore per gli interventi;
- personalità individuale;
- qualità della relazione con i caregiver e con il personale sanitario.

Chi si prende cura del bambino deve necessariamente saper prestare attenzione al linguaggio utilizzato da quel bambino, discriminando tra:

- stato fisico (dolore);
- condizione emotiva (ansia e timori);
- atteggiamento relazionale (richiesta di attenzione, controllo, protesta).

Una risposta corretta al dolore fisico consiste nel trattamento più efficace, che acquisisce anche una valenza relazionale, poiché contribuisce a rasserenare sia il bambino sia i genitori. L'ascolto del dolore va comunque sempre ampliato alla comprensione della sofferenza globale del bambino, dei suoi familiari, dei suoi accompagnatori.

Il dolore del bambino non viene amplificato se l'organizzazione prevede:

- un'assistenza individualizzata (rivolta a quel particolare bambino);
- l'abitudine all'informazione puntuale, semplice, sincera rispetto agli atti terapeutici;
- la collaborazione dei genitori non solo come presenza ma come sostegno del bambino.

5.2. LO STRUMENTO DI VALUTAZIONE

Uno strumento specifico per il monitoraggio del dolore deve essere in grado di:

- Valutare l'intensità del dolore percepito;
- Permettere un monitoraggio costante dell'andamento del dolore;
- Favorire la presa in carico globale e la gestione della sofferenza;
- Fornire informazioni utili per migliorare la qualità di vita del bambino e della sua famiglia;
- Fornire dati in grado di sostenere un processo di ricerca per migliorare il trattamento del dolore.

Tale strumento deve essere validato, affidabile e ben conosciuto dalle figure che lo utilizzano.

Nelle realtà pediatriche il metodo che finora si è rivelato più appropriato per la valutazione del dolore è l'uso delle scale di valutazione. L'utilizzo sistematico di questi strumenti aumenta la comunicazione e lo scambio di informazioni all'interno dell'equipe assistenziale. Come per gli adulti, non esistono strumenti universali da somministrare e utilizzare indifferentemente su tutti i bambini.

Le scale comunemente usate sono:

- la scala Edin;
- la scala Chipps;
- la scala Fps o delle espressioni facciali;
- la scala Vas. (cfr. tab. 1.1, pag. V)

FIGURA 5.1 SCALA EDIN (ECHELLE DOULEUR INCONFORT NOUVEAU-NÉ)

| Punteggio | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------|----------------------------|---|---|---|
| Espressione facciale | Rilassata | Smorfia transitoria con corrugamento fronte, labbro a borsa, tremori al mento | Smorfie frequenti e protratte | Smorfia permanente simile al pianto |
| Movimento corporeo | Movimenti rilassati | Agitazione transitoria, spesso calmo | Agitazione frequente che può essere calmata | Agitazione permanente con contrazione dita e alluce, ipertono arti o movimenti rallentati, prostrazione |
| Qualità sonno | Sonno facile | Sonno con difficoltà | Frequenti risvegli spontanei, sonno agitato | Insomnia |
| Contatto con infermiere | Sorrisi, attento alla voce | Apprensione transitoria durante interazione con infermiere | Comunicazione difficile con l'infermiere, pianto per stimoli minori | Non rapporti con l'infermiere, lamenti anche senza stimolazione |
| Consolabilità | Calmo, rilassamento totale | Calmo con rapida risposta a manipolazioni, voce o suzione | Calmato con difficoltà | Non consolabile, suzione disperata |

Utilizzata per la valutazione del dolore nel neonato pre-termine. Si tratta di una scala relativamente recente. La scala Edin rientra fra gli strumenti che valutano le risposte comportamentali riconducibili ad uno stato di dolore o discomfort nel neonato prematuro.

FIGURA 5.2 SCALA CHIPPS (CHILDREN'S AND INFANTS POSTOPERATIVE PAIN SCALE)

| | Item | Punteggio |
|----------------------|-----------------------------------|-----------|
| Pianto | Assente | 0 |
| | Lamenti | 1 |
| | Urla | 2 |
| Espressione del viso | Rilassato/sorridente | 0 |
| | Imbronciato | 1 |
| | Smorfie (bocca e occhi) | 2 |
| Posizione del tronco | Indifferente | 0 |
| | Necessita di continui cambiamenti | 1 |
| | Inarcato | 2 |
| Postura delle gambe | Neutrale, rilassata | 0 |
| | Scalcia | 1 |
| | Gambe rigide, strette | 2 |
| Agitazione motoria | Assente | 0 |
| | Moderata | 1 |
| | Incessante | 2 |

Un punteggio >4 indica un dolore che necessita di trattamento

Utilizzata per la valutazione del dolore nel neonato, nel lattante e nel bambino piccolo fino a quattro anni di età. Strumento ampiamente sperimentato, con ottimi risultati in termini di affidabilità, sensibilità, specificità e validità.

Le diverse espressioni facciali, che rappresentano le variazioni di gravità del dolore. Il bambino è chiamato a valutare il suo dolore scegliendo e indicando il disegno che rappresenta il livello della propria esperienza dolorosa. È adatta a bambini di età compresa tra i 4 ed i 6 anni. Per i bambini di età superiore a 6 anni possono essere utilizzati gli stessi strumenti degli adulti, come la scala Nrs numerica o l'analogica visiva Vas. In caso di patologie che possano aver compromesso lo sviluppo cognitivo del bambino deve essere utilizzato lo strumento più idoneo a prescindere dall'età biologica.

FIGURA 5.3 SCALA FPS O DELLE ESPRESSIONI FACCIALI (WONG BAKER FACES PAIN SCALE)



FIGURA 5.4 ESEMPIO DI SCHEDA PER LA REGISTRAZIONE ED IL MONITORAGGIO QUOTIDIANO DEL DOLORE PER IL BAMBINO

| REPARTO: | | data | | COGNOME | | PAT. / sede | | ETA' | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|------|---|--|--------------------|--|-------------|--|----|--|---------|------|---|--|---------|------|---|--|--|--|----|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|--|---|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|
| SCALA ETA' 0-6 | | SCALA ETA' > 6 | | TERAPIA ANTALGICA PRECEDENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIANTO | 0 | | = | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>H</th> <th></th> <th>TERAPIA</th> <th>PUNT</th> <th>H</th> <th></th> <th>TERAPIA</th> <th>PUNT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>13</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>14</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td>15</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td>16</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td>17</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td>18</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td>19</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td>21</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td>23</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | | | | | | H | | TERAPIA | PUNT | H | | TERAPIA | PUNT | 1 | | | | 13 | | | | 2 | | | | 14 | | | | 3 | | | | 15 | | | | 4 | | | | 16 | | | | 5 | | | | 17 | | | | 6 | | | | 18 | | | | 7 | | | | 19 | | | | 8 | | | | 20 | | | | 9 | | | | 21 | | | | 10 | | | | 22 | | | | 11 | | | | 23 | | | | 12 | | | | 24 | | | |
| H | | TERAPIA | PUNT | | | | | | | H | | TERAPIA | PUNT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESPRESSIONE | 0 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRONCO | 0 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GAMBE | 0 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGITAZIONE | 0 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATTARE | | | = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5.1.1 IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NEL BAMBINO

Approccio farmacologico. Il controllo farmacologico del dolore nel bambino si avvale delle stesse categorie di farmaci utilizzate per l'adulto (paracetamolo, Fans, oppiacei e farmaci adiuvanti). Va tenuto conto del fatto che, a seconda dell'età del bambino, il metabolismo può differire dall'adulto e molta attenzione deve essere posta nei dosaggi e nel monitoraggio degli effetti collaterali. La paura degli effetti collaterali degli oppiacei è diffusa nell'assistenza al paziente pediatrico, ma va rimarcato che gli oppiacei possono essere utilizzati con sicurezza ed efficacia nel bambino di qualsiasi età. In generale il dolore viene trattato rispettando i seguenti principi:

1. secondo la scala (livello di dolore o discomfort);
2. secondo l'orologio (ad orari prestabiliti);

3. secondo la via più appropriata (topica, inalatoria, rettale, orale, endovenosa; sconsigliata la via intramuscolare);
4. secondo il bambino (età, peso).

Approccio non farmacologico del dolore. Le tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore nel bambino sfruttano le infinite capacità immaginative dei bambini che, per loro natura, hanno dei confini mentali tra fantasia e realtà molto più permeabili degli adulti. Possono consentire l'esecuzione di procedure con ricorso nullo ai farmaci e sono comunque di basilare importanza per ridurre l'utilizzo.

TABELLA 5.1

FATTORI CHE FAVORISCONO IL SOLLIEVO DEL DOLORE POST OPERATORIO

| | |
|-------------------------|---|
| Informazione | L'utilizzo di bambole, peluche, libri cartonati per mostrare ai bambini che cosa verrà fatto, li aiuterà a rimuovere parte dell'ansia e a eliminare i pregiudizi. |
| Terapie di supporto | Sono intese a promuovere adeguate cure psicosociali dei bambini. Il primo principio riguarda la centralità della famiglia nella cura, ed è basato sui bisogni sia della famiglia che del bambino. Il coinvolgimento dei genitori nei processi decisionali e nel provvedere al comfort dei bambini è particolarmente importante. Le cure centrate sulla famiglia incoraggiano i familiari a scegliere come partecipare ai trattamenti, dando loro informazioni culturalmente appropriate e insegnando loro tecniche di adattamento. Rendere l'ambiente clinico amichevole ai familiari è un altro importante aspetto delle cure centrate sulla famiglia. |
| Terapie cognitive | I metodi cognitivi hanno lo scopo di influenzare l'immaginazione ed i pensieri del bambino. I bambini in età prescolare richiedono oggetti o eventi concreti per attirare la loro attenzione, mentre quelli più grandi trovano beneficio concentrandosi su un gioco, nella conversazione, o con storie speciali. L'immaginazione è un processo nel quale un bambino si concentra sull'immagine mentale di una esperienza piacevole ed interessante, anziché sul dolore. Un bambino può essere aiutato da un adulto a concentrarsi su una esperienza positiva già vissuta o su situazioni immaginarie o avventurose. I colori, i suoni, il gusto, gli odori e l'atmosfera possono essere tutti immaginati. |
| Terapie comportamentali | Il controllo del respiro è un modo semplice di aiutare un bambino a ridurre il dolore e a migliorare il controllo di sé. Il respiro profondo focalizza l'attenzione, riduce la tensione muscolare, rilassa il diaframma e aumenta l'ossigenazione. Ai bambini più piccoli può essere insegnato a respirare profondamente soffiando bolle di sapone. Il rilassamento è spesso associato a tecniche di suggestione e alla respirazione profonda; questi metodi possono ridurre l'ansia anticipatoria ed aiutare a ridurre nausea e vomito. |
| Terapie fisiche | Il contatto fisico è importante per tutti i bambini, particolarmente per i più piccoli include carezze, abbracci, dondoli, massaggi della schiena, delle mani, dei piedi, della testa e dello stomaco. Sorgenti di caldo e freddo dovrebbero essere facilmente disponibili. Il ghiaccio, raccolto in una tela, può essere usato per calmare il dolore da malattia o da infiammazione e anche per ridurre il dolore da procedure, come l'iniezione intramuscolare. Il caldo è utilizzato per il dolore muscolare. |

Pur nella consapevolezza che tutta la sofferenza in un bambino non si può azzerare, è doveroso impegnarsi a:

- contenerla;
- non favorirla;
- eliminare almeno la sofferenza non necessaria.

BIBLIOGRAFIA

Debillon T., Zupan V., Ravault N., Magny J.F., Dehan M., *Development and initial validation of the Edin scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants*, Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2001 Jul;85(1):F36-41.

Büttner W., Finke W., Hilleke M., Reckert S., Vsianska L., Brambrink A., *Development of an observational scale for assessment of postoperative pain in infants*, Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 1998 Jun;33(6):353-61.

Hicks C.L., von Baeyer C.L., Spafford P.A., van Korlaar I., Goo-

denough B., *The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement*, Pain. 2001 Aug;93(2):173-83.

Anand K.J.S. et al., *The neuroanatomy, neurophysiology and neurochemistry of pain, stress and analgesia in newborns and children*, Pediatric Clin North Am 1989; 34(4):795-827

Carbajal R. et al., *Randomized trial of analgesic effects of sucrose, glucose and pacifiers in term neonates*, BMJ 1999; 319: 1397-1402

National Health and Medical Research Council, *Acute Pain Management: Scientific Evidence*, 2007 Update.

ACUTE PAIN SERVICE and ACUTE PAIN NURSE

ANNA LA TORRE

> La gestione del dolore post-operatorio continua ad essere un argomento di grande rilevanza e una continua sfida in campo clinico. L'adeguato trattamento clinico-terapeutico assume un rilievo fondamentale sia per la presa in carico del paziente, per il notevole beneficio riscontrato nell'outcome del paziente, sia per l'ottimale rapporto economico nell'erogazione del servizio.

La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato come i progressi nel trattamento del dolore post-operatorio non risiedono solamente nell'avanzamento delle tecniche anestesiologiche, quanto nel fronteggiare il problema attraverso l'istituzione formale di un'équipe multidisciplinare che possa mettere in atto e utilizzare le tecniche stesse.

L'*Acute Pain Service* (Aps), che può essere inteso come servizio, assistenza ma anche come ufficio specializzato nel dolore acuto, si compone di un gruppo di diversi professionisti specializzati nell'assistenza diretta al paziente con dolore post-operatorio, nella formazione e sostegno ai colleghi e nello studio continuo di possibili aggiornamenti. Si tratta di un gruppo istituito presso ogni ospedale, che può operare trasversalmente in ogni ambito o Unità operativa dove sia richiesta la loro presenza, che si occupa del percorso del paziente nella fase di pre-ricovero, durante la sua ospedalizzazione e nell'assistenza a domicilio, per fornire un vero servizio alla persona. All'interno di questa organizzazione nasce una figura infermieristica altamente specializzata, l'*Acute Pain Nurse* (Apn), che nei paesi anglosassoni e nel nord Europa è ormai regolamentata dalla metà degli anni Novanta. L'infermiere è il professionista sanitario che, sia storicamente sia per sua natura tecnico-formativa, risulta essere il regista ideale per la gestione del dolore post-operatorio. La normativa e la letteratura infermieristica portano alla visione di un infermiere con una responsabilità non solo di natura tecnica, ma anche relazionale ed educativa.

L'assistenza alla persona con dolore non può limitarsi ad una corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, ma deve essere affidata ad una professionalità che per mandato proprio ha "la responsabilità di assistere, di curare e di prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo" (Federazione Ipasvi, 2009). Nel Codice deontologico internazionale degli infermieri adottato dall'*International Council of Nurses* (2005) si specifica nella premessa che "gli infermieri hanno quattro responsabilità fondamentali: promuovere la salute, prevenire la malattia, ristabilire la salute e alleviare la sofferenza". Tenendo conto di questo scenario, l'Aps è passato da un modello statunitense iniziale del 1984, applicato in Usa, Canada e Uk e caratterizzato da una gestione e responsabilità medica, a quello a gestione infermieristica con supervisione medica, proposto già nel 1995 da Rawal in Svezia, adottato in Italia, tra gli altri, dalla Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia e dall'Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze.

FIGURA 6.1 PREVALENZA DEGLI ACUTE PAIN SERVICE (RAWAL, 2005)



L'Apn è responsabile del processo di gestione del dolore: si informa sugli interventi a componente algica maggiore e si interfaccia con i medici anestesisti sul tipo di analgesia intra e post-operatoria, verifica l'attuazione di protocolli specifici e verifica con gli infermieri e i medici delle unità operative il raggiungimento degli obiettivi correlati al controllo del dolore: promuove l'utilizzo delle scale del dolore e la registrazione degli interventi, si occupa di facilitare l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche o ne sollecita di nuove nel caso il controllo del dolore non sia soddisfacente. L'Apn è anche incaricato di collaborare alla costruzione ed implementazione di una rete di referenti, medici ed infermieri, nelle singole unità operative.

TABELLA 6.1

CARATTERISTICHE ED I RUOLI DEI DIVERSI PROFESSIONISTI SECONDO IL MODELLO DI RAWAL

| | |
|-----------------------------------|--|
| Operatori Sanitari | Responsabilità |
| Direttore Aps | Responsabile del coordinamento dell'Aps a livello organizzativo e delle iniziative formative. |
| Anestesisti | Responsabili della scelta e prescrizione dell'analgesia/anestesia pre, intra e post operatoria. |
| Chirurgo "referente" del dolore | Responsabile della gestione del dolore nella propria Unità operativa; favorisce l'integrazione dell'analgesia nei percorsi clinico-assistenziali. |
| Infermiere "referente" del dolore | Responsabile dell'implementazione di linee guida, protocolli di gestione e monitoraggio del dolore nella propria Unità operative. |
| Acute pain nurse | <ul style="list-style-type: none"> • Visita giornalmente le Unità di degenza chirurgica • Raccoglie dati per audit, ricerche • Risolve problemi tecnici • Segnala all'anestesista di riferimento problemi legati ad un controllo del dolore non soddisfacente nei singoli pazienti • Formazione continua (al letto del paziente) degli infermieri delle Unità operative |

1) I pazienti vengono trattati sulla base di protocolli condivisi elaborati dai responsabili anestesisti, chirurghi e Infermieri. I referenti del dolore si incontrano ogni tre mesi per valutare e promuovere i cambiamenti necessari.

Alla base di un Aps vi è la disponibilità di linee guida e protocolli basati sulle evidenze disponibili: l'Apr ha il compito di sensibilizzare il gruppo infermieristico all'adesione a tali protocolli. Molti sono i protocolli elaborati dai singoli ospedali e disponibili anche in rete. Tali protocolli si basano sull'approccio chirurgico che considera la componente algica attesa, riassunta nella figura 6.2. La personalizzazione delle cure è garantita dalla presenza di più protocolli terapeutici per la stessa categoria di dolore atteso. L'efficacia dei protocolli è legata ad una sistematica rilevazione del dolore e all'aderenza da parte del personale infermieristico ai protocolli che prevedono la somministrazioni di supplementazioni farmacologiche gestite dagli infermieri: l'infermiere dell'Aps ha il compito di facilitare e promuovere questi aspetti.

FIGURA 6.2 CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN BASE AL DOLORE ATTESO

| A | Dolore modesto |
|--------------------|---|
| Chir. generale | Cisti mammaria, Ernioplastica tension free, Videolaparo Diagn. Proct.Longo |
| Chir. ginecologica | Isteroscopia, Revisione cavità, Fewet |
| Chir. ortopedica | Artroscopia Diagnostica, Rafie tendinee, Rimoz. Mezzi di sintesi, T. carpale |
| Chir. urologica | Turp, Turv, Litotripsia, Uretrotomie, Varicocele |
| Chir. toracica | Mediastinoscopia |
| Chir. vascolare | Safenectomia, Tea carotide |
| Chir. oftalmo-ori | Cataratta, Trabeculectomia, Calazio, Pterigio, Tracheotomie, Mls |
| B | Dolore forte |
| Chir. generale | Tiroidectomia, Mastectomia-quadr., Chir proctologica, Ernia (Bassini), Appendice, V.lap |
| Chir. ginecologica | Cisti ovariche, Miomi, Isterectomie semplici, V. Lap, Burch, Taglio cesareo |
| Chir. ortopedica | Riduzione-sintesi arti, Discectomia, Laminectomia, Endo-artroprotesi anca, Alluce valgo |
| Chir. urologica | Orchiectomia, Prostatectomia transvescicale |
| Chir. toracica | Toracoscopia, Timectomia non intratoracica |
| Chir. vascolare | By-pass femoro-distale, Axillo-bifemorale, Carotido-succlavio |
| Chir. oftalmo-ori | Vitrectomie, Strabismi, Trapianto cornea, Enucleazione, Tonsillectomia, Orecchio medio |
| C | Dolore grave |
| Chir. generale | Gastrectomia, Resezioni intestinali, Chir. esofago pancreas fegato, Colecisti |
| Chir. ginecologica | K. Ovaio, Isteroannessiectomia, Colpoisterectomie, Vulvectomie |
| Chir. ortopedica | Chir operativa ginocchio-spalla, Amput. Arti, Stabilizz. Colonna, Sternotomia |
| Chir. urologica | Nefrectomia, Prostata radicale, Cistectomia con o senza neovescica |
| Chir. toracica | Toracotomie, Toracoscopie per pleurectomia, Chir. della trachea, Sternotomia |
| Chir. vascolare | AAA, By-pass aorto-bisiliaco, aorto-bifemorale |
| Chir. oftalmo-ori | Laringectomia, Svuotamento laterocervicale allargato |

BIBLIOGRAFIA

- Brevik H., *How to implement an acute pain service*, Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2002 Dec;16(4):527-47. Review.
- Rawal N., *Organization, function, and implementation of acute pain service*, Anesthesiol Clin North America. 2005 Mar;23(1):211-25. Review.
- Moizo E., Berti M., Marchetti C., Deni F., Albertin A., Muzzolon F., Antonino A., *Acute Pain Service and multimodal therapy for postsurgical pain control: evaluation of protocol efficacy*, Minerva Anesthesiol. 2004 Nov;70(11):779-87. English, Italian
- Magrini G., D'Addio L., Lumini E., Picca F., *L'efficacia dell'Acute Pain service in un ospedale fiorentino*, Giornale Italiano di

- Scienze Infermieristiche, anno II, n. 3 2006
- A.A., *Codice internazionale degli infermieri, ICN – International Council of Nurses*, 3, place Jean-Marteau, CH – 1201 Ginevra. 2005
- A.A., *Codice Deontologico degli Infermieri italiani*, REV. 2009
- Rawal N. *Organization of acute pain services--a low-cost model*. Acta Anaesthesiol Scand Suppl. 1997;111:188-90.
- Cotugno G., Dal Dosso M., Fabbrucci P., Lumini E., Paolicchi A., Pippa P., Rutili A., Veneziani A., *Il trattamento del dolore acuto post-operatorio in chirurgia. La lotta al dolore*, Supplemento di Toscana Medica n. 2 febbraio 2008.
- Nolli M., Nicosia F., *Postoperative pain management. Aims and organization of a strategy for postoperative acute pain therapy*, Minerva Anesthesiol. 2000 Sep;66(9):585-601.

ACUTE *and* CHRONIC PAIN NURSE: L'ESPERIENZA *della* FONDAZIONE SAN MATTEO DI PAVIA

GIUSEPPE MENTEGARI

> L'*Acute Pain Service* (Aps) – sistema deputato a gestire il dolore post-operatorio – è stato attivato nell'ambito della Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia affinché la gestione del dolore sia ben attuata: allo stesso fine concorre anche l'istituzione di protocolli standardizzati, a cui aderiscano figure professionali ben definite, che sovrintendano al processo nel suo globale, in modo da identificare e correggere ogni eventuale problema.

In tale organizzazione, così come definita e organizzata da Rawal, assume importanza fondamentale non solo l'infermiere del team, ma anche una nuova figura che è alla base del servizio di Aps, ovvero l'*Acute Pain Nurse* (Apn). L'Apn si può definire anche il primo livello di intervento dell'Aps, poiché è un infermiere che ha acquisito una preparazione tale da poter intervenire, sempre secondo protocollo standard, in sicura autonomia. La preparazione dell'Apn deve essere completa: anestesiologicala, di area critica, chirurgica generale e specialistica, rianimatoria, organizzativa e di tutoring.

All'interno dell'Aps vi sono figure mediche (l'anestesista membro dell'Aps, responsabile dei protocolli analgesici e dell'insegnamento delle procedure, e il chirurgo responsabile del paziente) e figure infermieristiche che comprendono, oltre agli infermieri del team, anche l'Apn:

1. l'infermiere di Unità operativa turnista è la figura professionale responsabile del monitoraggio routinario dei degenti, della sostituzione dei device necessari alla terapia del dolore, del controllo della medicazione dei cateteri, della somministrazione di dosi rescue se il dolore non è ben controllato, della valutazione integrata col medico per eventuali problemi del paziente;
2. l'infermiere di Unità operativa referente è la figura a cui fa riferimento tutto il gruppo infermieristico per problemi derivanti dalla gestione del dolore nel post-operatorio, formato dall'Apn per una prima valutazione standardizzata di criticità cliniche, organizzative o tecniche;
3. l'Apn è il primo livello di intervento dell'Aps, con tre specifiche competenze:
 - visita quotidiana nei servizi chirurgici;
 - collaborazione con i colleghi di Unità operativa ;
 - preparazione e gestione dei device.

Un Aps richiede il costante monitoraggio, e conseguente registrazione su appositi moduli, dei parametri richiesti agli orari previsti dal protocollo assegnato al paziente; risultano pertanto in primo piano le responsabilità dell'infermiere turnista di Unità operativa, in quanto deve valutare il paziente in tutta la sua completezza, evitando così inconvenienti tecnici, problemi di sovra-dosaggio farmacologico o di sottovalutazione della soglia del dolore, problemi di sanguinamento del punto di inserzione di un catetere piuttosto che del malfunzionamento del device utilizzato; soprattutto l'Apn è il professionista più vicino al paziente ed è in assoluto il co-responsabile del monitoraggio del dolore del paziente assieme al medico.

Di seguito (Tab. 7.1) sono riportati i dati reali relativi all'intensità media del dolore in 100 pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia addominale maggiore all'interno dell'U.C. di chirurgia Epatopancreatica della Fondazione, totalmente gestiti con device endovenosi. Gli interventi infermieristici effettuati sono stati 34 per 27 pazienti: di questi uno solo per nausea, oltre alla sostituzione di una pompa elastomerica perché difettosa.

TABELLA 7.1

VALORI MEDI DOLORE MISURATI CON SCALA VAS DI 100 PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO DI CHIRURGIA ADDOMINALE MAGGIORE E GESTITI DALL'APS

| Tempo (h) | Vas a riposo | Vas movimento |
|-----------|--------------|---------------|
| +3 | 2,2 | 2,4 |
| +6 | 1,8 | 2,3 |
| +12 | 1,1 | 1,6 |
| +24 | 0,7 | 1 |

Visti i risultati ottenuti nella gestione del dolore post-operatorio e la completa soddisfazione dell'utenza, l'Aps ha deciso di evolversi, uniformando così la gestione di tutto il parametro/sintomo dolore all'interno della Fondazione, in special modo il dolore oncologico.

La gestione del dolore oncologico ha sicuramente alcune peculiarità rispetto al dolore acuto benigno. Infatti la ridotta aspettativa di vita e le condizioni del paziente richiedono un pronto controllo della sintomatologia dolorosa, associato a minimi effetti collaterali. Inoltre, il dolore oncologico rappresenta spesso una sindrome complessa in cui coesistono differenti meccanismi eziopatogenetici (dolore nocicettivo, dolore neuropatico periferico, dolore neuropatico centrale).

Per selezionare al meglio la strategia terapeutica e cercare di standardizzare la gestione del dolore lamentato dal paziente, monitorando attentamente anche i parametri ad esso associati, in modo tale da garantire la migliore qualità della vita possibile, si è deciso di dare all'Apn presente già nel servizio anche competenze specifiche sul trattamento e la gestione del dolore oncologico e cronico, cercando di far nascere così una figura professionale altamente specializzata che potrebbe definirsi *Acute Chronic Pain Nurse* (Acpn).

Il dolore da cancro è un sintomo importante che coinvolge almeno il 30% dei pazienti sottoposti ad un trattamento oncologico per malattia metastatica e più del 70% dei pazienti con malattia neoplastica in stato avanzato; spesso è sottostimato e meno della metà dei pazienti sono trattati in modo appropriato. Tale sintomatologia algica, per il grande coinvolgimento della sfera emotiva e per il particolare significato sociale della malattia, viene definita dolore totale.

L'Acpn, attua il suo controllo quotidiano di ogni singolo utente affidato al servizio, valuta attraverso la somministrazione di apposite scale non solo la presenza o meno del parametro dolore, ma anche l'eventuale presenza di effetti collaterali della terapia in atto e le modificazioni della sfera psicologica coinvolta. Per fare questo utilizza al momento della presa in carico questionari validati per l'accertamento di base (*McGill Pain Questionnaire - Mpq*) e prosegue poi con una valutazione quotidiana con l'ausilio dell'*Edmonton Symptom Assessment Scale* (Esas), questionario in cui, con 11 parametri, si può avere un quadro generale della situazione psicofisica dell'utente relativamente al sintomo dolore. L'Acpn si assicura poi al momento della dimissione che l'utente sia costantemente seguito dal servizio ambulatoriale di terapia del dolore, di modo da poter controllare la terapia analgesica domiciliare e mediare gli eventuali effetti collaterali insorti in futuro.

Concludendo, si sottolinea che la gestione del dolore nei pazienti con tumore deve avere trattamenti che hanno l'obbligo di adeguarsi alle modificazioni di intensità e qualità del dolore e all'aggravarsi della malattia quotidianamente, con un servizio dedicato e svolto da personale qualificato. L'obiettivo primario di questa organizzazione è il controllo della sintomatologia in tutte le fasi della malattia garantendo la migliore qualità di vita possibile.