



**Università
degli Studi
di Ferrara**

**Corso di Laurea Magistrale in
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE**

**PROGRAMMAZIONE DEL SISTEMA DI EMERGENZA
SANITARIA:
IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DI
TRIAGE INFERMIERISTICO AVANZATO NEI PRONTO
SOCCORSO DELL'AUSL DELLA ROMAGNA – AMBITO
TERRITORIALE DI RAVENNA**

Relatore:
Prof. Tiziano Carradori

Laureando:
Luca Vitali

Correlatore:
Dott.ssa Katia Prati

Anno Accademico 2021 – 2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	2
CAPITOLO 1 – TRIAGE A 5 CODICI.....	5
CAPITOLO 2 – GESTIONE DEL DOLORE.....	14
CAPITOLO 3 – ANTICIPAZIONE DELLA DIAGNOSI	28
CONCLUSIONI.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	39
ALLEGATI	41

INTRODUZIONE

Fra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 del secolo scorso, si è assistito ad un costante aumento degli accessi nei Pronto Soccorso (PS) ospedalieri italiani che, analogamente a quanto verificatosi in altri Paesi, non erano preparati ad affrontare questa crescente ondata di pazienti e soprattutto non erano in grado di regolarne il flusso. Alla base di questo fenomeno si può includere l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di pazienti complessi, l'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura. Ciò ha determinato l'insorgenza di nuove criticità, tra cui il ritardo di accesso alle cure, lo stazionamento (boarding) dei pazienti in attesa di ricovero e, in generale, dal sovraffollamento (overcrowding) nei Servizi di Pronto Soccorso. Questi fattori hanno indirizzato Istituzioni e operatori verso la ricerca di nuovi scenari, capaci di realizzare una presa in carico precoce del paziente fin dal suo arrivo in Pronto Soccorso ed un utilizzo attivo dei tempi di attesa. In linea con le direttive nazionali e sulla base delle evidenze scientifiche del momento, ci si è occupati di affrontare tale situazione attivando, un sistema di accoglienza e valutazione del grado di priorità di accesso alle cure. Tale sistema, individuato nel Triage infermieristico, è stata la prima risposta del Servizio Sanitario a tali criticità, favorendo in particolare un più appropriato accesso alle cure, garantendo tale funzione in modo continuativo nelle 24 ore.

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in Pronto Soccorso, è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento. Generalmente la funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d'interventi in emergenza e urgenza.¹

In coerenza con le Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intra-Ospedaliero e la DGR Emilia-Romagna n. 1129/2019, la declinazione del presente sistema di Triage si ispira a un modello di approccio globale alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica, basata sulla raccolta di dati soggettivi e oggettivi, valutazione di elementi situazionali significativi in rapporto alle risorse disponibili. Tale valutazione rappresenta, inoltre, un momento

¹ Ministero della Salute, 1° agosto 2019, "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero direzione generale della programmazione sanitaria"

fondamentale per l'accoglienza e il riconoscimento precoce di situazioni di particolare fragilità (es. maltrattamenti/abusi sui minori, donne vittime di violenza, disturbi della sfera psichica, ecc.), che prevedono la conseguente attivazione di percorsi in grado di fornire sostegno e agevolare la presa in carico in ambito sanitario, assistenziale e sociale. Il Triage è un processo dinamico che implica periodiche rivalutazioni, poiché le condizioni cliniche dei pazienti in attesa della valutazione medica possono avere evoluzioni peggiorative o migliorative tali da necessitare una rivisitazione del livello di priorità e/o del percorso di cura.²

³Nella Regione Emilia-Romagna, come è possibile vedere dalla *Tabella 1*, gli accessi nei Pronto Soccorso delle diverse aziende dal 2014 al 2019 sono stati pressoché stabili con una leggera tendenza all'aumento (si escludevano gli anni 2020-2021-2022 a causa del forte impatto del Covid 19 sugli accessi di Pronto Soccorso).

Azienda	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PIACENZA	111.840	114.120	115.882	117.403	121.081	122.989
PARMA	40.790	40.860	40.239	40.699	41.643	41.634
REGGIO EMILIA	177.079	178.160	178.797	181.858	184.633	188.775
MODENA	198.303	203.168	207.796	164.092	165.130	164.093
BOLOGNA	243.437	240.896	238.347	239.386	240.947	243.612
IMOLA	55.129	54.023	54.088	51.537	51.237	51.129
FERRARA	68.509	69.211	68.044	67.503	67.728	67.072
ROMAGNA	500.218	494.303	495.993	506.096	516.681	519.816
AOSPU PARMA	112.855	110.322	112.933	115.726	113.404	114.677
AOSPU MODENA	108.694	107.115	107.666	153.785	156.316	157.686
AOSPU BOLOGNA	135.912	134.298	140.951	137.847	144.581	149.860
AOSPU FERRARA	82.906	85.054	88.743	87.935	91.613	93.919
I.O.R.	26.198	25.607	26.081	27.138	26.966	28.853
TOTALE	1.861.870	1.857.137	1.875.560	1.891.005	1.921.960	1.944.115

Tabella 1-Distribuzione accessi e prestazioni

Nell'anno 2019 la regione contava 4.459.480 abitanti, quindi con i dati osservati in *Tabella 1* è possibile dichiarare che c'è stata una media di 0.4359 accessi persona/anno.

L'affollamento dei dipartimenti di emergenza comporta una minore soddisfazione degli operatori, una minore qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria, con un inevitabile aumento

² Delibera 2 agosto 2021 n.1230, "Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso", Regione Emilia-Romagna

³ Banca dati PS - Regione Emilia-Romagna

https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportERHome/stats/report/eJwdy70OgyAUhuGdq-AGmgDyv6FHG5MOHbo3BE3KogmgQ4dee8HhPGd48xFCCatHEczzW4MGGJgRatlcgCvKqLO1m19FN1RDNkSDXzsJuu8UAOuoZIK7iQydszdxRSGcGZRxQo2sp1wDIZK3mE57X5NP4RM9XiLOJR2IHmMjcFq3bTv y9Yew5hzip9pzcV_475FIBZiKQpVglKxL9c_xj8uBTdG

delle spese. Nonostante le numerose proposte di alternative, la durata della permanenza in Pronto Soccorso, che contribuisce principalmente alla congestione, continua a essere un problema significativo a livello globale.

Il Triage Infermieristico Avanzato mira a migliorare l'accesso alle cure e a dare seguito formale delle indicazioni nazionali "Ospedale Senza Dolore"⁴.

Attraverso l'elaborazione di una linea guida aziendale indirizzata ai Pronto Soccorso dell'AUSL della Romagna, si procederà ad elaborare le procedure di ambito, anche per Ravenna (Ravenna, Faenza e Lugo), che andranno a normare: la *Gestione Infermieristica del Dolore al Triage* e per l'*Anticipazione Infermieristica della Diagnosi in Triage*.

La *Gestione Infermieristica del Dolore al Triage* prevede nuovi protocolli per i pazienti con codici colore azzurro/verde/bianco che riferiscono dolore.

L'*Anticipazione Infermieristica della Diagnosi in Triage* consiste nel prevedere la richiesta da parte degli infermieri di esami del sangue durante il Triage in base a un algoritmo diagnostico autorizzato dai medici.

La procedura aziendale di Triage Infermieristico Avanzato ha come obiettivo quello di migliorare la gestione del dolore in Pronto Soccorso e di velocizzare i tempi di formulazione di diagnosi, tentando così di alleggerire la permanenza nei locali, e puntando ad una più veloce ospedalizzazione o dimissione del paziente, riducendo i tempi di stazionamento in Pronto Soccorso.

⁴ Accordo di Conferenza Stato – Regioni, 24 maggio 2001, "Ospedale Senza Dolore"

CAPITOLO 1 – TRIAGE A 5 CODICI

A seguito della pubblicazione delle Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero (Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2019 – Rep. N. Atti 143/CSR), la Regione Lazio è stata la prima ad integrare le nuove disposizioni che hanno portato ad adottare il nuovo sistema di Triage, passando dai 4 codici colore ai 5 codici colore/numerici.

La regione Emilia-Romagna dovrà aspettare poco più di due anni per adattarsi a quanto proposto dall'Accordo Stato-Regioni; infatti, solo con la Delibera 1230 del 02/08/2021 verranno pubblicate le Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso. Così, dal 1° ottobre dello stesso anno, verrà applicato il nuovo modello che consentirà un uso ancora più adeguato delle risorse umane e degli strumenti.

Gli obiettivi di tale Delibera sono quelli di aggiornare e definire l'attività di Triage in Pronto Soccorso, attraverso le seguenti azioni:

1. Precoce identificazione dei pazienti in condizioni critiche e pericolose per la vita, al fine di garantirne l'immediato accesso alle cure, un appropriato e tempestivo trattamento sin dalle fasi iniziali, attraverso l'applicazione di procedure validate;
2. Attribuzione a tutti i pazienti del codice di priorità di accesso alle cure più appropriato in relazione alla criticità delle condizioni cliniche di presentazione, al possibile rischio evolutivo e al numero/tipologia di risorse necessarie per un adeguato percorso di cura;
3. Attivazione, nei casi a bassa criticità, dei percorsi di valutazione e trattamento più opportuni in funzione della stima della relativa complessità clinica, anche al fine di ridurre il livello di affollamento dei servizi di Pronto Soccorso (percorsi di Fast track);
4. Sorveglianza delle persone in attesa della visita medica, attraverso una rivalutazione periodica delle condizioni;
5. Garanzia di un'adeguata e continua presa in carico della persona e degli accompagnatori e di assistenza con informazioni pertinenti e comprensibili.⁵

Viene introdotta una nuova modalità per l'attribuzione del codice di priorità, che identifica la priorità di accesso presso i locali di Pronto Soccorso secondo categoria di gravità tramite codice

⁵ Delibera 2 agosto 2021 n.1230, "Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso", Regione Emilia-Romagna

colore. Tali codici colore vengono determinati sulla base delle indicazioni cliniche e parametriche previsti dalla Delibera Regionale⁶ e distinti secondo un ordine decrescente di priorità alla visita in: rosso, arancione, azzurro, verde e bianco.

L'attribuzione del codice di priorità è un processo complesso che si fonda sulla valutazione di una serie di elementi “soggettivi” (es. sintomi riferiti dal paziente) e “oggettivi” (es. misurazione dei parametri vitali). Alla definizione del livello di priorità concorrono ulteriori fattori quali il livello di dolore, l'età, il grado di fragilità e/o disabilità, assorbimento di risorse, particolarità organizzative e di contesto locale.

LE FASI DEL TRIAGE

Da un punto di vista metodologico, il modello di Triage adottato è il cosiddetto Triage globale, procedura che si articola in quattro fasi, come riportato nella DGR n. 1129 dell'08/07/2019. Tale metodo, in linea con le principali linee guida internazionali, prevede: ⁷

1. Fase della valutazione immediata (valutazione “sulla porta”)

L'infermiere di Triage esegue un'osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con alterazioni critiche di una o più funzioni vitali che necessitano di un intervento immediato. Questa rapida osservazione consiste nel valutare la persona attraverso un approccio ABCD:

- A = Airway: si realizza constatando la pervietà delle vie aeree, cercando di ripristinarla se manca, rispettando sempre l'allineamento del rachide cervicale;
- B = Breathing: si esamina controllando l'attività respiratoria;
- C = Circulation: si ricerca l'attività circolatoria e l'eventuale presenza di emorragie esterne incontrollabili;
- D = Disability: si valuta l'eventuale presenza di problemi neurologici;

⁶ Delibera 2 agosto 2021 n.1230, “Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso”, Regione Emilia-Romagna

⁷ Delibera 2 agosto 2021 n.1230, “Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso”, Regione Emilia-Romagna

2. Fase della valutazione soggettiva e oggettiva

L'infermiere di Triage effettua la valutazione globale del paziente attraverso: l'intervista (anamnesi mirata), la rilevazione di segni clinici e dei parametri vitali; tenendo conto della documentazione clinica disponibile, anche in relazione a precedenti accessi.

- a) Valutazione soggettiva: viene effettuata fundamentalmente attraverso lo strumento dell'intervista secondo il metodo SAMPLE (Sintomi e segni; Allergie; Medicinali assunti; Patologie in essere e pregresse; L'ultimo pasto; Evento scatenante). Le fonti delle informazioni da cui trarre notizie/dati sono rappresentate dal paziente, eventuali familiari/accompagnatori o il personale del soccorso preospedaliero. Lo stesso infermiere triagista dopo aver identificato attivamente il paziente applica il braccialetto di riconoscimento.
- b) Valutazione oggettiva: rappresenta un'ulteriore fase del processo di Triage, in particolare mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali, tenendo conto della documentazione clinica disponibile, attraverso:
 - esame fisico mirato, dove attraverso l'uso di strumenti quali ispezione, auscultazione e palpazione si va a valutare l'aspetto generale della persona e ricercare eventuali segni clinici riconducibili al sintomo principale;
 - rilevazione dei parametri vitali e scale di valutazione (Pressione Arteriosa, Frequenza Respiratoria, Frequenza Cardiaca, Saturazione O₂, Temperatura Corporea, Dolore, Glasgow Coma Scale);

L'infermiere di Triage riconosce situazioni di fragilità e/o di persone che necessitano dell'attivazione tempestiva di percorsi dedicati (es. maltrattamenti / abusi sui minori, donne vittime di violenza, disturbi della sfera psichica – inclusi disturbi del comportamento alimentare – etc.) al fine di fornire sostegno ed agevolare le procedure di interfaccia in ambito sanitario, assistenziale e sociale.

3. Fase della decisione di Triage

L'infermiere di Triage assegna il codice di priorità, nell'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e nell'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.

Secondo il modello di Triage adottato, rappresentante il "Gold Standard" internazionale, l'algoritmo decisionale che costituisce la base logica per l'attribuzione del codice di priorità è determinato dalla combinazione di tre dimensioni valutative:

- problema principale (17 aree tematiche);
- parametri vitali;
- risorse impiegate;

Il nuovo modello di Triage, articolato su 5 codici di priorità, è basato su una stratificazione del rischio del paziente e del suo livello di criticità.

Nella *Tabella 2, pagina 9* che segue vengono illustrati i diversi codici di priorità sulla base della stratificazione del rischio del paziente, con l'indicazione del tempo massimo stimato di attesa per la presa in carico da parte del medico e relative rivalutazioni.

Codice di priorità	Livello di urgenza	Definizione dettagliata	Tempo di attesa massimo stimato per presa in carico e rivalutazioni
1	ROSSO	EMERGENZA Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Valutazione immediata
2	ARANCIONE	URGENZA Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo	15* minuti
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	60 minuti
4	VERDE	URGENZA MINORE Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici monospecialistiche	120 minuti
5	BIANCO	NON URGENZA Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	240 minuti

Tabella 2-Codici di priorità sulla base della stratificazione del rischio del paziente

*si effettua una sola rivalutazione a 15', con presa in carico massimo dopo 30'.

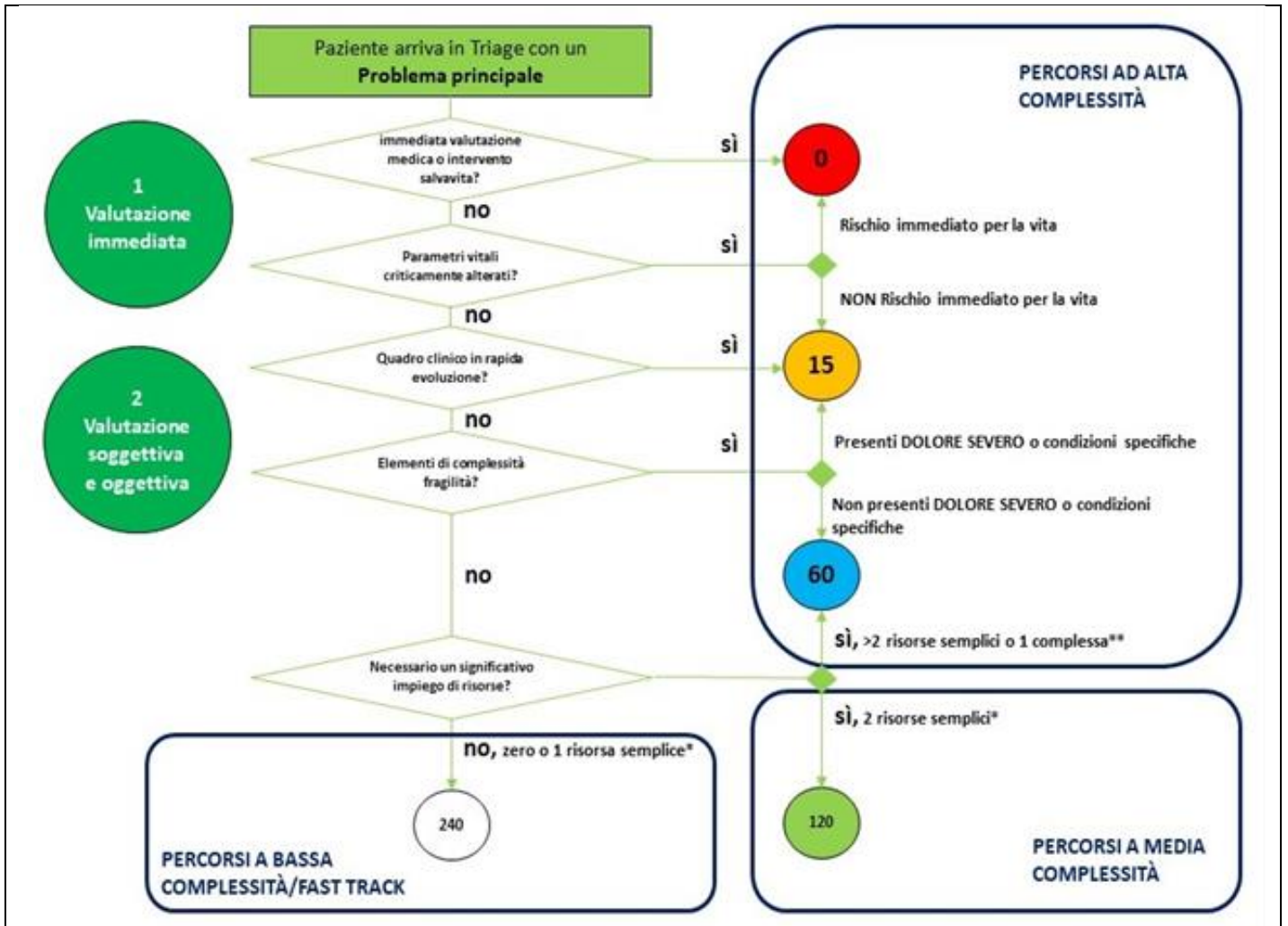
Il sistema di codifica a 5 codici è propedeutico alla creazione di percorsi che tengano in considerazione la complessità clinica, l'intensità assistenziale e le risorse assorbite, consentendo un'agevole individuazione in 3 diversi flussi come mostra *Tabella 3*:

- Complessità alta: si compone di tutti i pazienti con codice ROSSO, ARANCIONE e AZZURRO;
- Complessità intermedia: si compone di tutti i pazienti con codice VERDE;
- Complessità bassa: si compone di tutti i pazienti con codice BIANCO;

Livello di Criticità del paziente	Livello di Complessità clinico-organizzativa del percorso	Codice Triage
Alta criticità	Alta Complessità	1. ROSSO
		2. ARANCIONE
3. AZZURRO		
Bassa criticità	Media Complessità	4. VERDE
	Bassa Complessità/Fast Track	5. BIANCO

Tabella 3-Codici di Triage in relazione al livello di criticità del paziente e del livello di complessità clinico- organizzativa del percorso

La flow-chart, indicata in *Figura 1*, descrive il processo decisionale di assegnazione del codice di priorità. I primi due codici identificano una condizione di criticità clinica (il fattore tempo può essere determinante ai fini dell'esito) che generalmente corrisponde ad un'elevata complessità di percorso. I rimanenti tre codici identificano generalmente condizioni a bassa criticità clinica ma a diversa complessità di percorso.



* risorsa semplice: esame radiologico di I livello (RX, ecografia), esame di laboratorio, consulenza esterna

** risorsa complessa: esame radiologico di II livello (es. TAC, RMN)

Figura 1-Flow-chart per l'assegnazione del codice di priorità

Adottando questo modello, si passa dalla logica del sorting a quella di streaming, identificando per categorie di pazienti e per percorsi designati. In questo modo le risorse umane e strumentali possono essere meglio allocate a seconda della complessità del caso per attuare pienamente una soluzione organizzativa o uno specifico percorso come:

- Fast Track;
- Ambulatori Codici minori;
- Team di valutazione rapida;
- Percorsi per richieste di accertamento da parte di Autorità Giudiziaria;
- Percorso per soggetti vittime di Abuso o Violenza;

4. Fase della rivalutazione

L'infermiere di Triage effettua una rivalutazione periodica dei pazienti in attesa di visita medica, secondo i cut-off di riferimento, e al termine di ogni valutazione, il codice di priorità assegnato può essere rivisto o modificato per confermare il percorso del paziente. Tutte le rivalutazioni devono essere documentate nella scheda di Triage.

In *Tabella 4, pagina 13*, vengono illustrati i cut-off di riferimento per le rivalutazioni.

Codice	Colore	Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di rivalutazione
1	ROSSO	Emergenza	Accesso immediato alle aree di trattamento Nessuna rivalutazione	
2	ARANCIONE	Urgenza	15 minuti	Osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni
3	AZZURRO	Urgenza Differibile	60 minuti	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione:
4	VERDE	Urgenza Minore	120 minuti	- a giudizio dell'infermiere di Triage
5	BIANCO	Non Urgenza	240 minuti	- a richiesta del paziente - una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato

Tabella 4-Tempo massimo di valutazione e tempi e modalità di rivalutazione sulla base del codice di priorità

Per quanto attiene il codice **arancione**, è possibile effettuare una sola rivalutazione infermieristica entro 15 minuti dalla valutazione iniziale e comunque in relazione allo stato clinico o a sintomi e segni riferiti dal paziente. In ogni caso, trascorsi ulteriori 15' (complessivi 30' dall'accettazione), il codice arancione, se confermato, deve essere valutato da un medico che stabilirà il percorso più appropriato.

CAPITOLO 2 – GESTIONE DEL DOLORE

L'International Association for the Study of Pain (IASP) descrive il dolore come “un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a un danno reale o potenziale del tessuto, o descritta con riferimento a tale danno”⁸. Questa definizione, accettata anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sottolinea che il dolore deve essere inteso non solo come sintomo di danno organico, ma soprattutto come una complessa esperienza percettiva influenzata da fattori personali culturali, religiosi e valoriali nella sua unicità.

Pertanto, questo fenomeno non è del tutto direttamente e oggettivamente correlato all'intensità degli stimoli nocivi, ma piuttosto sorge e cambia sulla base dell'elaborazione soggettiva delle strutture cerebrali coinvolte nella gestione e integrazione delle valutazioni cognitive e sperimentare elementi emotivi di motivazione. Oggi, il dolore è visto come parte di una malattia, o addirittura come una malattia in sé, poiché le conseguenze negative del dolore vengono comprese e dimostrate quando non trattate in modo appropriato, indipendentemente dalla causa sottostante.

Il dolore è la prima causa di accesso ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza (DEA)⁹ e dunque la sua valutazione precoce è di fondamentale importanza insieme alla valutazione degli altri parametri vitali.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations lo ha definito come “quinto parametro vitale” dopo Pressione Arteriosa (PA), Frequenza Cardiaca (FC), Frequenza Respiratoria (FR) e Temperatura Corporea ¹⁰.

Tuttavia, in vari studi retrospettivi condotti nei reparti di emergenza, per quanto riguarda i sintomi del dolore, solo il 30-40% dei pazienti ha ricevuto analgesia. Tutti gli studi hanno anche concordato di non utilizzare scale di valutazione del dolore oggettiva. Anche gli anziani e i bambini devono affrontare sfide particolari: queste categorie di pazienti richiedono valutazioni speciali e opzioni di trattamento specifiche.

⁸ Turk D, Okifuji A (2001) Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser J, Bonica J, Butler S et al (eds) *Bonica's management of pain*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, pp 16–25

⁹ Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P; PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain*. 2007 Jun;8(6):460-6. doi: 10.1016/j.jpain.2006.12.005. Epub 2007 Feb 15. PMID: 17306626.

¹⁰ Baker DW. History of The Joint Commission's Pain Standards: Lessons for Today's Prescription Opioid Epidemic. *JAMA*. 2017 Mar 21;317(11):1117-1118. doi: 10.1001/jama.2017.0935. PMID: 28241189.

Se il dolore non viene sufficientemente trattato, si parla di oligoanalgesia; questo fenomeno è spesso erroneamente giustificato come:

- dare priorità alla diagnosi e paura di mascherare i sintomi;
- gli operatori sanitari sottovalutano il dolore provato dai pazienti;
- mancanza di comunicazione e formazione nell'identificazione e nel trattamento del dolore;

PRINCIPALI TIPOLOGIE DI DOLORE

IL DOLORE CRONICO

Il dolore cronico è una delle principali fonti di sofferenza personale: è una continua interruzione della vita quotidiana, spesso accompagnata da angoscia. Nel 2019 il gruppo di lavoro IASP ha sviluppato un sistema di classificazione del dolore cronico in collaborazione con l'OMS. L'obiettivo è creare un sistema di ordinamento che possa essere utilizzato per la gestione del dolore in ambito clinico e nelle cure primarie.

Questa classificazione differenzia il dolore cronico primario dalle sindromi dolorose secondarie, integra le diagnosi del dolore esistenti (ad es. cefalea) e fornisce definizioni specifiche e altre caratteristiche di una diagnosi appropriata, secondo un modello sviluppato dall'OMS.

IL DOLORE ACUTO

A differenza del dolore cronico, il dolore acuto di solito ha una componente nocicettiva pervasiva, spesso serve a ricordare all'individuo che il danno tissutale è in corso ed è solitamente localizzato, dura meno di tre mesi e tende a guarire con regressione spontanea. La causa è generalmente ben definita, ad esempio associata a interventi chirurgici, lesioni, patologie infettive concomitanti. Le opzioni di trattamento attualmente disponibili per il dolore acuto sono varie e nella maggior parte dei casi efficaci.

IL DOLORE NOCICETTIVO

È legato all'attivazione di strutture periferiche finalisticamente dedicate alla rilevazione degli insulti e dei danni tissutali: i nocicettori; sono presenti in strutture somatiche e viscerali, e quando attivati trasmettono l'impulso alle strutture centrali. L'integrazione a vari livelli della nocicezione e la percezione finale da parte del sistema nervoso centrale costituisce il dolore che avverte il paziente.

Il dolore è descritto come lancinante, penetrante, urente o gravativo se di origine somatica; sordo, non localizzabile e crampiforme se viscerale.

IL DOLORE NEUROPATICO

Per dolore neuropatico si intende un dolore generato da una lesione del sistema somatosensoriale a livello periferico o centrale ¹¹. L'incidenza del dolore neuropatico puro è del 6.9% - 10%.¹²

Studi recenti hanno dimostrato che diversi cambiamenti biologici legati al tempo si verificano dopo un danno al sistema nervoso, culminando nella compromissione degli elementi neurali coinvolti nell'elaborazione delle informazioni.

Il dolore è descritto come spasmi costanti, brucianti, associati a dolore parossistico estremamente grave nelle aree innervate delle strutture correlate. Diversi fattori concomitanti, come raffreddori, disturbi dell'umore, depressione e altri cambiamenti psicologici, possono peggiorare il dolore.

Il dolore neuropatico è accompagnato da tre caratteristiche principali: iperalgesia, definita come una risposta aumentata a stimoli dolorosi, allodinia, che è una risposta dolorosa a stimoli deboli, e iperpatia, definita come una risposta dolorosa, esplosiva, evocata da stimolazioni intense ripetute in aree della pelle normalmente insensibili o a bassa sensibilità.

¹¹ Jensen, Troels S.*;1; Baron, Ralf2; Haanpää, Maija3; Kalso, Eija4; Loeser, John D.5; Rice, Andrew S.C.6; Treede, Rolf-Detlef7. A new definition of neuropathic pain. Pain: October 2011 - Volume 152 - Issue 10 - p 2204-2205 doi: 10.1016/j.pain.2011.06.017

¹² Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. Pain. 2014 Apr;155(4):654-662. doi: 10.1016/j.pain.2013.11.013. Epub 2013 Nov 26. Erratum in: Pain. 2014 Sep;155(9):1907. PMID: 24291734.

GESTIONE DEL DOLORE DELL'ADULTO IN PRONTO SOCCORSO E NEI PUNTO DI PRIMO INTERVENTO

STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE AL TRIAGE¹³

La valutazione dovrebbe svolgersi in un clima di fiducia reciproca: approfondire utilizzando termini semplici e appropriati per l'individuo e dimostrare che la gestione del dolore dipenderà dall'esito delle indicazioni ottenute utilizzando la scala di valutazione del dolore.

Per tale valutazione ci si avvale di diverse scale di rilevazione, a seconda della categoria ed età della persona assistita, come di seguito illustrato:

- a) Persone adulte (>8 anni), non in alterato stato mentale con dolore da causa nota che verosimilmente è destinato a risolversi in poco tempo: utilizzare le scale di valutazione unidimensionali NRS* o VRS**;
- b) Persone adulte con alterato stato mentale. Vi è una obiettiva difficoltà di valutazione del dolore nei pazienti con problemi comportamentali e con demenze, nei quali il dolore si esprime soprattutto o solo con sintomi vocali, posturali, motori e mimici (agitazione, irrequietezza, lamentazione, pianto, grida, affaccendamento, insonnia): per questi soggetti può essere utile la scala del dolore PAINAD***;
- c) Bambino di età >3 anni e fino a 8 anni: raccomandato l'utilizzo della scala di rilevazione del dolore Wong-Baker FACES****.

*NRS (Numerical *Rating Scale*, scala numerica), che propone l'asta di 10 cm in cui però la scelta viene esplicitata da un numero, da zero a dieci (0 = nessun dolore, 10 = massimo dolore immaginabile).

**VRS (Verbal *Rating Scale*, scala verbale), sempre unidimensionale, che propone l'asta di 10 cm in cui la scelta viene facilitata (ma anche condizionata) dalla presenza di aggettivi che quantificano il dolore. Si ottengono risultati soddisfacenti quando vi sono almeno sei livelli di intensità: nessun dolore, molto lieve, lieve, moderato, forte, molto forte.

¹³Delibera 2 agosto 2021 n.1230, "Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso", Regione Emilia-Romagna

***PAINAD (Pain Assessment IN Advanced Dementia), è una scala multidimensionale per la valutazione del dolore. Essa è stata ideata ed utilizzata per i pazienti non collaboranti con un importante deterioramento cognitivo. La scala Painad prende in considerazione i seguenti 5 parametri fondamentali, così declinati: Respirazione, Vocalizzazione, Espressione del volto, Linguaggio del corpo e Consolazione.

**** Scala di WONG-BAKER FACES, deve essere somministrata al bambino chiedendogli di indicare “la faccia che corrisponde al male o al dolore che provi in questo momento”. A ogni scelta corrisponde un numero che va da 0 a 10. Si utilizza generalmente il termine “male” per età dai 3 ai 5 anni e il termine “dolore” per età dai 6 ai 7 anni.

Le scale sopra elencate sono consultabili all'*Allegato 1*.

AZIONI DI CONTRASTO AL DOLORE

Gli infermieri di Triage devono garantire la valutazione e il trattamento del dolore in caso di emergenze minori e gestire il dolore utilizzando protocolli di cura specifici condivisi dall'equipe clinica.

La gestione del dolore, la comunicazione e le prime attività non farmacologiche possono essere svolte in autonomia dall'infermiere. Ciò include trattamenti come fornire comfort, procurare ghiaccio e immobilizzare le parti del corpo necessarie.

Il trattamento farmacologico del dolore nella classificazione della gravità dipende dalla disponibilità di procedure specifiche e dalla formazione di specialisti con esperienza specifica. Il dolore resistente al trattamento o refrattario porta il paziente a un codice colore di maggiore gravità. In ogni caso, i dolori addominali e toracici richiedono una rapida valutazione diagnostica.

In età pediatrica, metodi non farmacologici come distrazione, ipnosi e interventi cognitivo-comportamentali, riducono il dolore procedurale associato all'uso degli aghi.

PROTOCOLLO PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE AL TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

Sono esclusi dall'applicazione del protocollo i pazienti cui è stato assegnato codice di priorità ROSSO e, di norma, anche i pazienti cui è stato assegnato codice di priorità ARANCIONE. Nella *Tabella 5* sono indicati i valori di riferimento dell'intensità di dolore, per i quali è indicata l'applicazione del protocollo del dolore.

TRIAGE	SCORE VALUTAZIONE DOLORE			COERENZA DATI DOLORE SOGGETTIVI/OGGETTIVI		AZIONI INFERMIERE TRIAGE		
	Adulto	Adulto ASM	3-8 anni	Score in relazione al neurovegetativo	Score in relazione ai parametri vitali	Cut-off valore scala dolore	NON farmacologica	Farmaci
1	Nessuno			Quick look	Nessuno	Nessuna		
2								
3	NRS	PAINAID	AD	Postura	FR	8	Relazione Distrazione Postura Immobilizzazione Ghiaccio	Secondo procedura e progetto formativo locale
	VRS		Wong-Baker FACES	Pallore	SAT			
				Sudorazione algida	FC			
4					PA	7		
5						6		

Tabella 5-Parametri e Score di riferimento per la valutazione del dolore in base al codice di priorità

L'infermiere di Triage, in riferimento al dolore, valuta per tutti i pazienti che si presentano in Pronto Soccorso/Punti di Primo Intervento:

- l'intensità del dolore;
- anamnesi che escluda possibili allergie a farmaci;

Dopo la somministrazione del farmaco è prevista rivalutazione del paziente a 30 e 60 minuti, per verificare l'eventuale comparsa di effetti avversi e valutare il risultato analgesico ottenuto.

Al paziente potrà essere somministrata una RESQUE DOSE (*Tabella 6, pagina 21*) qualora, nonostante il trattamento posto in essere, la rivalutazione a 60' documenti:

- un peggioramento o un mancato miglioramento della intensità del dolore, che da lieve diventi moderato o da moderato, severo

Se viene segnalata una controindicazione all'uso del farmaco proposto, o comunque viene messa in dubbio la gestione del trattamento, l'infermiere si consulterà con il medico del Pronto Soccorso/Punto di Primo Intervento.

Se un paziente segnala l'uso di analgesici assunti prima dell'accesso in Pronto Soccorso a causa della progressione dei sintomi, il farmaco e l'orario di assunzione devono essere registrati e diventa necessario consultare un medico prima di qualsiasi trattamento. Se il paziente rifiuta la terapia del dolore offerta, il farmaco non verrà somministrato e il rifiuto deve essere registrato nell'apposito campo per le note di Triage.

RIVALUTAZIONE DEL CODICE DI PRIORITÀ

La rivalutazione è un momento fondamentale nel processo di Triage, poiché dopo l'assegnazione di un codice colore, il paziente viene indirizzato in un'area o sala d'attesa specifica per un periodo di tempo predeterminato prima dell'esame obiettivo.

È importante tenere traccia di qualsiasi rivalutazione di un paziente nella cartella clinica, anche se non comporta un cambiamento nella codifica a colori. Le condizioni di attesa del paziente possono progredire rapidamente sia in meglio che in peggio. È necessario un processo di rivalutazione per garantire un'adeguata codificazione delle priorità per i pazienti in attesa.

Grado di dolore in base alla scala NRS	Trattamento antalgico
NRS 1-3 DOLORE LIEVE	Paracetamolo orale 1 gr (max 3 gr die); 1 cp/bustina per via orale
NRS 4-6 DOLORE MODERATO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamolo orale 1 gr (max 3 gr die); 1cp/bustina per via orale. In caso di necessità utilizzare via EV. 2. Paracetamolo in associazione: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Paracetamolo/Codeina 500/30 mg (ripetibile ogni 6 h) 1 bustina per via orale ⇒ Paracetamolo 500 mg + 15 gtt di Tramadolo (pari a 37,5mg) ripetibile ogni 6 h 3. Tramadolo 50 mg (ripetibile ogni 8h) 20 gtt (2,5 mg goccia) <p>NOTA <i>Quando possibile andrà preferita la somministrazione orale. La via endovenosa andrà riservata in caso di sintomatologia dolorosa associata a nausea e/o vomito e quando vi sia necessità di reperire comunque un accesso venoso per ragioni cliniche.</i></p>
NRS 7-10 DOLORE SEVERO	Tramadolo 100 mg ev dose start (in 30')
RESQUE DOSE 60'	<p>Dopo la somministrazione del farmaco è prevista rivalutazione del paziente a 30 minuti e 60 minuti, per valutare l'eventuale comparsa di effetti avversi e valutare il risultato analgesico ottenuto.</p> <p>Al paziente potrà essere somministrata una RESQUE DOSE trascorsi 60' previo consulto con il medico in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ un peggioramento della intensità del dolore, da lieve a moderato o da moderato a severo ⇒ un mancato miglioramento dell'intensità di dolore, da moderato a severo <p>Per la RD verranno utilizzati i medesimi farmaci e le combinazioni previste nel primo trattamento.</p> <p>In caso di precedente somministrazione di morfina da parte dell'ET 118, trascorsi 60' dalla somministrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morfina 2-4 mg ev dose start (0,05 mg/kg)

Tabella 6-Schema di trattamento del dolore al Triage nell'adulto

La somministrazione effettuata per il trattamento antalgico deve essere registrata nella documentazione di Pronto Soccorso e deve riportare:

- ora di rilevazione e intensità del dolore;
- trattamento scelto, via di somministrazione, orario di somministrazione, nominativo dell'operatore che somministra;
- orario di rivalutazione e intensità rilevata;

PARACETAMOLO

Il paracetamolo è un farmaco ampiamente utilizzato per il trattamento del dolore in urgenza. Per il dolore lieve (NRS 1-3), il paracetamolo è la prima scelta con la somministrazione orale di 1 gr di paracetamolo ogni 8 ore. Può essere utilizzato anche in formulazioni orosolubile per un protocollo semplice e di facile utilizzo basato sulla valutazione immediata del dolore da parte dell'infermiere, consentendo un'analgia soddisfacente durante la degenza in Pronto Soccorso. Per il dolore più intenso (NRS > 3), il paracetamolo può essere utilizzato a 1 gr endovena fino a 3 volte al giorno permettendo così l'uso di oppioidi.

TRAMADOLO

Il tramadolo può essere utilizzato come trattamento singolo per il dolore da moderato a grave o in combinazione con paracetamolo orale. Il tramadolo per via endovenosa (EV) ha dimostrato di essere un'alternativa adeguata alla morfina nel trattamento dei traumi.

OPPIOIDI

Nel Pronto Soccorso vengono spesso prescritti oppioidi per il trattamento del dolore severo, preferibilmente con somministrazione endovenosa, a causa dell'ampia variabilità interindividuale nella risposta e dell'assorbimento lento e imprevedibile per via intramuscolare (IM) o sottocutanea (SC).

La dose deve essere titolata all'effetto desiderato (riduzione della metà del livello di dolore iniziale o comunque NRS <4) utilizzando la dose efficace più bassa.

I pazienti sottoposti a terapia con oppioidi richiedono un'attenta osservazione in un ambiente sicuro in cui sia disponibile il monitoraggio continuo della pulsossimetria. Non c'è consenso su quale sia l'oppiode EV, ideale o la dose più efficace per l'analgia. La titolazione degli oppioidi in base all'effetto clinico (anche a dosi più elevate) è il metodo migliore per garantire un'analgia rapida ed efficace.

SITUAZIONI SPECIFICHE:

TRAUMA

Risulta essere molto importante incentivare nelle urgenze di tipo traumatiche lo sviluppo di metodiche di trattamento quali:

- utilizzo appropriato del paracetamolo secondo indicazioni;
- utilizzo della titolazione dei farmaci oppiacei dopo la fase di stabilizzazione;
- identificare i pazienti che possono sviluppare dolore cronico di tipo neuropatico per trattamento antalgico inadeguato e programmare un piano per la prevenzione della cronicizzazione;

DOLORE ADDOMINALE

È un malinteso che il dolore mascheri i segni e i sintomi di gravi disturbi addominali. Infatti, l'analgesia e l'uso di oppioidi in pazienti con dolore addominale acuto non aumentano il rischio di errore nel processo diagnostico e terapeutico.

ANZIANO

Nei reparti di emergenza e nella fase preospedaliera, i pazienti anziani che lamentano dolore ricevono meno farmaci antidolorifici rispetto ai pazienti più giovani; è importante favorire una buona gestione del dolore anche nei pazienti che presentano fragilità.

GESTIONE DEL DOLORE DEL BAMBINO IN PRONTO SOCCORSO E NEI PUNTO DI PRIMO INTERVENTO

Nelle situazioni di emergenza pediatrica, il dolore è un sintomo comune nei bambini, che, indipendentemente dalla patologia e dall'età, può modificare in modo significativo la salute fisica e mentale del bambino e destare preoccupazione per le loro famiglie, incidendo in modo significativo sulla qualità della vita e sulla percezione di aiuto. Il 60% dei bambini che si presentano al Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento ha il dolore come sintomo prioritario o sintomo collaterale. I bambini spesso non possono segnalare i sintomi del dolore; quindi, il primo passo fondamentale è valutare gli stessi. Sulla base della determinazione del dolore, verrà valutata la necessità di un trattamento e il trattamento non dovrebbe essere ritardato se necessario.

STRUMENTI PRATICI DI VALUTAZIONE E MISURAZIONE DEL DOLORE PEDIATRICO

La valutazione del dolore è la prima misura medica a rendere oggettivamente conto e contestualizzare le osservazioni delle condizioni e del comportamento di un bambino. Ciò include periodi di misurazione dei sintomi, che possono essere di significato relativo ma significativo se presi separatamente.

Nell'elenco sottostante vengono riportate le caratteristiche delle scale di valutazione del dolore in uso e il significato del loro uso corrente.

Il dolore che merita di essere trattato e senza ritardi è quello che ha un punteggio nella rilevazione delle scale uguale/superiore a 4.

Gli strumenti di valutazione del dolore a seconda dell'età del bambino sono riportati in *Allegato 2*.

SCALE DI MISURAZIONE DEL DOLORE PEDIATRICO

La scala **FLACC**, per bambini di età al di sotto dei 3 anni, è una scala osservazionale che richiede in prima fase di osservare il bambino per un periodo di tempo compresa tra 1 e 5 minuti, e successiva fase di definizione dello score. La scala si compone di cinque item: volto (Face), gambe (Leg), attività (Activity), pianto (Cry), consolabilità (Consolability) a ciascuna delle quali, in base ai dati osservati, viene assegnato un punteggio compreso tra 0 e 2. Lo score totale è compreso tra 0 (nessun dolore) e 10 (massimo dolore possibile).

La scala di **WONG-BAKER**, per bambini di età compresa tra i 3 e i 7 anni, è composta da sei facce con espressione diversa e ingravescente, relativa al dolore da 0 (nessun dolore) a 10 (massimo dolore possibile). Il bambino cognitivamente adeguato e adeguatamente supportato è in grado di scegliere tra le facce disponibili quella che meglio rappresenta l'entità del dolore percepito.

La scala **NUMERICA** (Numeric Rating Scale, NRS – Visual Numeric Scale, VNS), per bambini di età superiore agli 8 anni, è una scala di autovalutazione rivolta al paziente pediatrico che ha già acquisito le nozioni di proporzione e che, pertanto, è in grado di esprimere un'intensità del dolore compresa tra 0 (nessun dolore) e 10 (massimo dolore possibile).

Le rappresentazioni delle diverse scale di misurazione in età pediatrica sono riportate in *Allegato 2*.

IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NEL PAZIENTE PEDIATRICO

La letteratura scientifica internazionale concorda sul fatto che un approccio appropriato alla gestione del dolore, anche al Pronto Soccorso (o a casa durante la valutazione iniziale), dovrebbe includere una combinazione completa di terapie farmacologiche e non farmacologiche. L'uso di metodi non farmacologici è efficace nella gestione del dolore e dell'ansia (anche dei genitori).

In sintesi, le tecniche non farmacologiche che possono essere utilizzate dipendono dall'età del bambino e possono essere così sintetizzate:

1. nel lattante è indicato il ricorso a somministrazione di saccarosio e glucosio per via orale, *kangaroo care*, stimolazioni tattili (carezze, abbraccio), dondolio, canto e musica dolce.
2. in età scolare e adolescenziale è indicato il ricorso a tecniche di rilassamento (respirazione guidata), a giochi, bolle di sapone, libri e dispositivi elettronici, che siano in grado di catturare l'attenzione del bambino.

Dal punto di vista delle tecniche fisiche, e a seconda del tipo di dolore in relazione alle sue cause, l'uso di spray freddi, ghiaccio, impacchi caldo-umidi, massaggi e pressioni si sono confermati interventi efficaci e facilmente applicabili.

FARMACI DA UTILIZZARE IN PRIMA ISTANZA NEL DOLORE PEDIATRICO

Il paracetamolo è indicato come l'agente analgesico di prima linea in Pronto Soccorso: efficace nel trattamento del dolore lieve-moderato, caratterizzato da una rapida azione, alla dose di 15 mg/kg/dose (va mantenuto un intervallo di somministrazione di 6-8 ore). La via di somministrazione preferibile è quella orale. La somministrazione rettale ha un assorbimento variabile e difficoltà a raggiungere un picco sufficiente. Se si ricorre alla somministrazione rettale la dose consigliata è di 20 mg/kg. In generale nelle 24 ore non deve essere superata la dose di 75 mg/kg (60 mg/kg al di sotto dei 3 mesi).

Una valida alternativa al paracetamolo, in caso di dolore lieve/moderato, è rappresentata dall'ibuprofene alla dose di 7,5-10 mg/kg/dose (va mantenuto un intervallo di somministrazione di 8 ore). La dose massima giornaliera è pari a 30 mg/kg. L'ibuprofene non va somministrato al di sotto dei 3 mesi di vita, in presenza di disidratazione, di nota insufficienza renale, coagulopatie e piastrinopenia. L'ibuprofene potrebbe avere una maggiore efficacia analgesica rispetto al paracetamolo in caso di dolore muscolo-scheletrico, mal di denti, emicrania.

In caso di dolore molto intenso, l'uso del paracetamolo e ibuprofene somministrati a una breve distanza di intervallo tra di loro (dopo circa 1 ora, dopo avere rivalutato la scala del dolore) è una strategia efficace e ben tollerata anche nei pazienti pediatrici.

Un altro Farmaco Antinfiammatorio Non Steroideo (FANS) che trova buona indicazione di uso in Pronto Soccorso in caso di dolore moderato/severo è il ketorolac, la cui potenza analgesica è paragonabile a quella di un oppioide medio. È un farmaco che risulta essere off-label al di sotto dei 12 anni ma sono disponibili studi su casistiche ampie, in merito all'efficacia e sicurezza, anche in età pediatrica. Non deve essere utilizzato per più di 48 ore. La somministrazione è per via sublinguale alla dose di 0,5-1 mg/kg (dose massima per dose 15mg).

A seguire in *Tabella 7* lo schema di trattamento del dolore al Triage nel bambino.

Grado di dolore in base alla scala NRS	Trattamento antalgico nel bambino
NRS 1-3 DOLORE LIEVE	Paracetamolo orale 15 mg/kg/dose ogni 6/8 ore
NRS 4-6 DOLORE MODERATO	⇒ Paracetamolo orale 15 mg/kg/dose ogni 6/8 ore OPPURE ⇒ Ibuprofene orale 7,5-10 mg/kg/dose ogni 8 ore
NRS 7-10 DOLORE SEVERO	Ibuprofene orale 7,5-10 mg/kg/dose ogni 8 ore

Tabella 7-Schema di trattamento del dolore al Triage nel bambino

GESTIONE DEL DOLORE DELLA DONNA IN GRAVIDANZA IN PRONTO SOCCORSO E NEI PUNTO DI PRIMO INTERVENTO

Le donne gravide corrono il rischio di non assumere o rifiutarsi di assumere antidolorifici a causa della paura prevalente di assumere farmaci durante la maternità. Gli analgesici più comunemente usati durante la gravidanza sono il paracetamolo e gli oppioidi. In accordo con la Food and Drug Administration (FDA), il paracetamolo a dosi terapeutiche è sicuro in tutti gli stadi della gravidanza.

Gli oppioidi sono stati studiati principalmente nel terzo trimestre di gravidanza (travaglio) e ci sono poche informazioni sulla loro potenziale teratogenicità. Fentanyl, morfina e ossicodone sono tutti ugualmente efficaci, ma devono essere usati con cautela, soprattutto nelle gravidanze a termine, a causa del rischio di depressione respiratoria neonatale e/o sindrome da astinenza neonatale.

L'acido acetilsalicilico, l'ibuprofene, il ketorolac e l'indometacina (FANS) sono farmaci di seconda linea, utilizzati per un breve periodo alla dose efficace più bassa se resistenti alla terapia con paracetamolo, ma dovrebbero essere evitati a causa degli effetti collaterali nel terzo trimestre di gravidanza per gli effetti che hanno sulla circolazione fetale. L'assunzione di nimesulide e piroxicam deve essere evitato se l'uso di alte dosi di acido acetilsalicilico durante l'allattamento è controindicato.

A seguire in *Tabella 8* lo schema di trattamento del dolore al Triage nella donna in gravidanza

Grado di dolore in base alla scala NRS in tutte le fasi della gravidanza	Trattamento antalgico nella donna in gravidanza
NRS 1-3 DOLORE LIEVE	Paracetamolo orale 1 gr (max 3 gr die); 1 cp/bustina per via orale
NRS 4-6 DOLORE MODERATO	⇒ Paracetamolo orale 1 gr (max 3 gr die); 1 cp/bustina per via orale. OPPURE ⇒ Paracetamolo 1 gr ev Andrà preferita la somministrazione endovenosa soprattutto in caso di sintomatologia dolorosa associata a nausea e/o vomito
NRS 7-10 DOLORE SEVERO	Ibuprofene orale 7,5-10 mg/kg/dose (cp/bst da 600mg) Come rescue dose dopo 60 minuti da somministrazione di Tachipirina

Tabella 8- Schema di trattamento del dolore al Triage nella donna in gravidanza

CAPITOLO 3 – ANTICIPAZIONE DELLA DIAGNOSI

Nonostante l'implementazione del Triage a 5 codici, l'attesa nei Pronto Soccorso rimane comunque un punto cardine e molto critico della sanità pubblica italiana e internazionale. Per diversi motivi di carattere culturale, personale o di mancata risposta territoriale al bisogno di salute, il cittadino rischia di rivolgersi in maniera inappropriata nei Pronto Soccorso non tenendo conto che le indicazioni di accesso sono relative a problematiche acute urgenti e che non siano risolvibili dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra di Libera Scelta e dai Medici della Continuità Assistenziale. Nonostante ciò, a nessun cittadino viene negato l'accesso in Pronto Soccorso.

L'infermiere di Triage assegna, attraverso la valutazione sulla porta, l'intervista verbale, l'esame obiettivo, la rilevazione dei parametri vitali e, in alcuni casi, l'esecuzione ECG, il codice di priorità alla visita medica.

In seguito a questa attribuzione, in base al codice colore assegnato, l'infermiere di Triage può attivare, seguendo dei protocolli condivisi, diversi percorsi di facilitazione delle cure e di riduzione delle tempistiche dei tempi di permanenza dei locali di Pronto Soccorso: Fast Track e l'Anticipazione Infermieristica della Diagnosi in Triage.

FAST TRACK

Con Fast Track (dall'inglese "Percorso Veloce") si intende la facilitazione, dopo la valutazione di Triage e la registrazione informatica, per alcune tipologie di malati non critici (soltanto codici bianchi e verdi), a eseguire accesso a determinate visite specialistiche ospedaliere.

Nell'Ambito Territoriale di Ravenna, sono attivi:

FAST TRACK UROLOGICO:

<i>CRITERI DI INCLUSIONE</i> <i>(codici verdi e bianchi)</i>	<i>CRITERI DI ESCLUSIONE</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Problematiche relative al malfunzionamento o cattivo posizionamento di cateteri vescicali, cateteri ureterali, sonde nefrostomiche o drenaggi di pertinenza specialistiche - Edema del prepuzio - Lacerazione del frenulo 	<ul style="list-style-type: none"> - Alterazione dei parametri vitali - Trauma grave o politrauma - Febbre - Edema dei genitali esterni associato ad edemi declivi arti inferiori - Infortunio sul lavoro - Abuso e/o maltrattamenti - Accompagnamento giudiziario

FAST TRACK DERMATOLOGICO

<i>CRITERI DI INCLUSIONE</i> <i>(codici verdi e bianchi)</i>	<i>CRITERI DI ESCLUSIONE</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Ustioni localizzate inferiori al 10% della superficie cutanea, eccetto volto e genitali - Eritema cutaneo senza febbre, senza dolore, con e senza prurito e senza compromissione sistemica (modesta estensione, <40% superficie corporea) - Neoformazione cutanea traumatizzata e/o sanguinante 	<ul style="list-style-type: none"> - Alterazione parametri vitali - Febbre - Ustioni estese > 10% della superficie corporea e/o con compromissione sistemica - Ustioni di volto e genitali - Eritema esteso a quasi tutto l'ambito cutaneo >40% - Tutte le eruzioni associate ad assunzione di farmaci o cibi - Lesioni bollose diffuse, presenza di scollamenti cutanei - Noduli cutanei suppurati (cisti suppurate, ascessi) - Chiazze o placche eritematose calde e dolenti, acute, della cute - Infortuni sul lavoro

FAST TRACK OSTETRICO-GINECOLOGICO

<i>CRITERI DI INCLUSIONE</i> <i>(codici verdi e bianchi)</i>	<i>CRITERI DI ESCLUSIONE</i>
<ul style="list-style-type: none">- Perdita ematica vaginale senza alterazione pressoria con o senza dolore ipogastrico- Sospetta complicità di ferita o altro correlato ad intervento chirurgico recente (entro un mese dall'intervento)- Sospetta mastite durante allattamento- Dolore/tumefazione regione vulvo vaginale- Prurito, dolore, bruciore ai genitali esterni (vulvovaginiti, bartoliniti, perdite non ematiche...)- Dolori mestruali- Corpi estranei vaginali- Sospetta gravidanza- Richiesta "pillola del giorno dopo"	<ul style="list-style-type: none">- Metrorraggia con Pressione Arteriosa Sistolica (PAS) <90mmHg e/o segni clinici di shock- Dolore violento addome inferiore in età fertile con PAS <90mmHg e/o segni clinici di shock- Menometrorraggia importante (quando la paziente la avverte diversa e/o molto più abbondante del solito)- Dolore violento addome inferiore in età fertile con ritardo mestruale- Violenza sessuale (attivazione protocollo violenza)

FAST TRACK ORTOPEDICO

<i>CRITERI DI INCLUSIONE</i> <i>(codici verdi e bianchi)</i>	<i>CRITERI DI ESCLUSIONE</i>
<p>Patologie traumatiche e non traumatiche:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dal gomito compreso alle dita della mano- Dal ginocchio alle dita del piede- Ferite con sospette lesioni tendinee- Spalla congelata- Versamento di ginocchio- Ginocchio in blocco- Pazienti con richiesta di visita ortopedica urgente	<ul style="list-style-type: none">- Tutte le altre patologie non incluse nei criteri

FAST TRACK OCULISTICO

<i>CRITERI DI INCLUSIONE</i> <i>(codici verdi e bianchi)</i>	<i>CRITERI DI ESCLUSIONE</i>
<ul style="list-style-type: none">- Calo del visus improvviso monolaterale (scotomi fissi)- Diplopia acuta costante in visione binoculare- Dolore intenso ad un occhio e/o ad entrambi gli occhi con o senza disturbi del visus- Occhio arrossato e dolente senza disturbi del visus- Sospetti deficit del campo visivo- Edemi ed arrossamenti palpebre ed annessi- Iperemia congiuntivale con o senza secrezione- Malposizione delle palpebre: eversione, introflessione delle palpebre, ciglia in trichiasi- Emorragie sottocongiuntivali spontanee- Disturbi vaghi bruciori, pruriti, arrossamenti in fase chirurgica tardiva (un mese dopo l'intervento)- Lacrimazione in assenza di disturbi funzionali- Visione di corpi mobili vitreali (mosche-ragnatele)- Calo del visus e visione annebbiata- Trauma in assenza di disturbi visivi- Traumi senza apparenti ferite bulbari- Piccole ferite palpebrali- Pregresso trauma periorbitario senza disturbi del visus	<ul style="list-style-type: none">- Improvvisa perdita totale o subtotale del visus in uno o entrambi gli occhi- Dolore oculare iperacuto con perdita visiva- Ferita penetrante o perforante del bulbo oculare certa o sospetta- Severe causticazioni o ustioni con lesioni corneali che impediscono la visualizzazione dei dettagli dell'iride- Trauma non penetrante con importante riduzione del visus (contusioni bulbari)

FAST TRACK PEDIATRICO

CRITERI DI INCLUSIONE <i>(codici verdi e bianchi)</i>	CRITERI DI ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none"> - Tutte le altre patologie non escluse nei criteri 	<ul style="list-style-type: none"> - Bambino con accesso in PS per trauma - rilevazione numero episodi di vomito > 5 nelle 24 ore precedenti se bambino di età ≤ 6 anni - rilevazione numero scariche diarroiche > 8 nelle 24 ore precedenti se bambino di età ≤ 6 anni - segni di disidratazione (es. riferita assenza diuresi da + di 8 ore) - Valutazione al triage: <ul style="list-style-type: none"> • pallore oppure • cianosi oppure • evidente dispnea • iporeattività • marezzeria corporea • pianto flebile o acuto/inconsolabile - Frequenza Respiratoria Numero atti resp./minuto > 40 - Frequenza Cardiaca: <ul style="list-style-type: none"> • Numero pulsazioni/minuto < 80 o > 180 nel bambino di età < 5 anni • Numero pulsazioni/minuto < 60 o > 160 nel bambino di età ≥ 5 anni - Rilevazione Saturazione O₂: < 94% - Rilevazione Temperatura rilevata al triage: <ul style="list-style-type: none"> • 40 °C nel bambino di età > 6 mesi • 39 °C nel bambino di età ≤ 6 mesi

FAST TRACK OTORINOLARINGOIATRIA

CRITERI DI INCLUSIONE <i>(codici verdi e bianchi)</i>	CRITERI DI ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none">- Epistassi con sanguinamento controllato- Corpo estraneo cavità nasali senza dispnea- Corpo estraneo orecchio- Ipoacusia acuta- Otaglia acuta	<ul style="list-style-type: none">- Epistassi secondaria a coagulopatie o TAO-NAO- Parametri vitali alterati- Febbre- Traumi- Vertigine- Infortunio sul lavoro

In caso di impossibilità ad attivare un percorso Fast Track, l'infermiere di Triage può comunque attivare procedure e protocolli, condivisi con l'equipe medica, che prevedono l'anticipo di alcune prestazioni e trattamenti.

ANTICIPAZIONE INFERMIERISTICA DELLA DIAGNOSI IN TRIAGE

Con Anticipazione Infermieristica della Diagnosi in Triage si intendono una serie di azioni che l'infermiere di Triage è tenuto a compiere, seguendo protocolli diagnostici concordati in collaborazione con i medici di Pronto Soccorso, per velocizzare i tempi di diagnosi per alcune tipologie di patologie che statisticamente sono più a rischio di diventare emergenze rispetto ad altre.

In particolare, esegue elettrocardiogramma (ECG) quando in Triage si presentano pazienti con: dolore toracico, oppressione toracica, dolore agli arti superiori, dolore epigastrico, lipotimia, sincope, anemia, astenia, disidratazione, dispnea. Tale ECG deve essere fatto visionare dal medico, registrato in scheda informatizzata di pronto soccorso il nome del medico che lo ha visionato.

In aggiunta all'ECG, soltanto per selezionati problemi principali di presentazione del paziente, vengono eseguite altre prestazioni che, seguendo un algoritmo diagnostico condiviso e approvato dall'equipe clinica, il personale infermieristico effettuerà in autonomia prima della visita del clinico.

In particolare, le condizioni cliniche che permettono l'esecuzione da parte dell'infermiere di Triage dell'Anticipazione della Diagnosi sono: dolore toracico, dolore addominale e sanguinamento non traumatico.

Per queste, dopo la valutazione iniziale di Triage e la secondaria assegnazione del codice entro 15 minuti, è necessario procedere al il posizionamento di un accesso venoso periferico (CVP), all'esecuzione degli esami ematici e l'eventuale trattamento del dolore.

Nel caso che i referti degli esami ematici giungessero ancor prima che il paziente sia sottoposto alla visita medica, questi verranno ugualmente consegnati al medico per l'interpretazione, previa rappresentazione del singolo caso clinico.

Vengono eseguiti gli esami ematici come in *Tabella 9* sottostante

Condizione al Triage	Esami Ematici
Dolore Toracico	Esame Emocromocitometrico, Creatinina, Sodio, Potassio, Glicemia, Troponina T
Dolore Addominale	Esame Emocromocitometrico, Creatinina, Sodio, Potassio, Glicemia, Alanina Aminotransferasi (ALT), Bilirubina, Proteina C Reattiva (PCR), Lipasi Pancreatica
Sanguinamento Non Traumatico	Esame Emocromocitometrico, Creatinina, Sodio, Potassio, Tempo di Protrombina (PT), Tempo di Tromboplastina Parziale (PTT)

Tabella 9-Richiesta di esami del sangue da parte dell'infermiere al Triage, sulla base di un algoritmo diagnostico approvato dal medico

Il tempo necessario per ottenere i risultati dei test di laboratorio in Pronto Soccorso è particolarmente importante al fine di favorire la possibilità di intervento tempestivo per i malati critici e una migliore cura dei pazienti meno critici. In questo modo possono essere facilitate le dimissioni e/o si può assistere a ospedalizzazioni più rapide cercando così di ottimizzare e accelerare il flusso dei pazienti, riducendo il tempo di permanenza nei Pronto Soccorso dei pazienti.

Il calcolo e il controllo del tempo di attività del laboratorio analisi ospedalieri, il Turn-Around Time (TAT), è un indicatore importante della qualità e dell'efficacia dei processi del laboratorio. Le tempistiche TAT sono pressoché standardizzate nei Laboratori a Risposta Rapida ospedalieri, e questo fa sì che possa essere prevedibile una tempistica per lo sviluppo dei singoli esami ematici dalla richiesta alla validazione. I tempi di refertazione dei Laboratori a Risposta Rapida dell'AUSL della Romagna, prodotti in regime routinario (linea veloce), sono garantiti in media entro 100 minuti dall'arrivo del campione in Laboratorio mentre quelli richiesti in regime d'urgenza entro 60 minuti.¹⁴

Queste tempistiche non possono essere facilmente abbattute in quanto sono direttamente dipendenti dalle apparecchiature tecnologiche a disposizione del laboratorio, ma, mediante l'approccio di anticipazione della diagnosi, con l'esecuzione degli esami ematici precoci, è possibile favorire un migliore esito sul paziente riducendo i tempi di attesa alla refertazione visto che l'esecuzione degli stessi sarebbe pregressa.

¹⁴ AUSL della Romagna – Dipartimento Anatomia Patologica Medicina Trasfusionale e di Laboratorio. Standard di Prodotto/Servizio Medicina di Laboratorio. Rev. 01 del 22/09/2021: 7

CONCLUSIONI

“L’assistenza infermieristica è un’arte: e se deve essere realizzata come un’arte, richiede una devozione totale ed una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o di scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano il tempio dello spirito di Dio. È una delle Belle Arti. Anzi, la più bella delle Arti Belle.”¹⁵

Il Pronto Soccorso ospedaliero è la struttura dedicata esclusivamente al trattamento delle emergenze-urgenze, cioè di quelle situazioni di malattia, spontanee o traumatiche, che richiedono una risposta rapida, a volte immediata. Ciò non toglie che qualsiasi cittadino può effettuare un accesso ogni qualvolta ritenga che sia necessario, comportando così la presa in carico dagli infermieri del Triage che, attraverso un’intervista e la prima valutazione, sulla base di protocolli condivisi con i medici di Pronto Soccorso, assegneranno un codice colore di precedenza alla visita medica.

In relazione alle Linee di Indirizzo Nazionali¹⁶ si associano i codici colore al codice numerico come segue: codice 1 = codice rosso, codice 2 = codice arancione, codice 3 = codice azzurro, codice 4= codice verde e codice 5= codice bianco. Tali codici colore vengono determinati sulla base delle indicazioni cliniche e parametriche previsti dalla Delibera Regionale¹⁷ e distinti secondo un ordine decrescente di priorità alla visita in: rosso, arancione, azzurro, verde e bianco.

Gli algoritmi di assegnazione del codice colore sono molto selettivi e stringenti, anche se lasciano comunque spazio alla discrezionalità e professionalità dell’infermiere di Triage, che tiene conto anche di una valutazione soggettiva di priorità, guardando a fattori quali livello di dolore, età, livello di fragilità e/o disabilità, caratteristiche dell’ambiente organizzativo e locale.

Il dolore è un sintomo comune dei pazienti malati, la prevalenza stimata di essere al Pronto Soccorso è del 60-80%. Per molto tempo, i sanitari hanno considerato i sintomi del dolore solo come un fattore utile nella procedura diagnostica. Per quanto riguarda il trattamento analgesico, è stato apprezzato che fosse opportuno applicarlo solo dopo la diagnosi, perché se il trattamento

¹⁵ Nightingale F. Notes on nursing: What it is, and what it is not. Mineola, NY: Dover Publications; 1969.

¹⁶ Ministero della Salute, 1° agosto 2019, “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero direzione generale della programmazione sanitaria”

¹⁷ Delibera 2 agosto 2021 n.1230, “Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso”, Regione Emilia-Romagna

analgesico fosse stato introdotto troppo presto, avrebbe portato a confusione il quadro clinico. Il dolore era considerato un risultato inevitabile di qualsiasi patologia; quindi, era accettato come conseguenza inevitabile fino a quando il problema sottostante fosse stato risolto.

Molto significativa è stata quindi la necessità dello Stato italiano, circa l'emanazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, rispetto alla gestione del dolore. Questa obbliga il Sistema Sanitario Nazionale a occuparsi di cure palliative e di terapia del dolore in tutti gli ambiti assistenziali: si passa da un'inesistente gestione del dolore in Pronto Soccorso ad una valutazione anticipata dello stesso, inquadrandolo come quinto parametro vitale.

In questo elaborato viene proposto un nuovo protocollo di Gestione Infermieristica del Dolore al Triage, redatto in collaborazione con il direttore della Rete Locale di Terapia del Dolore AUSL della Romagna, il direttore del Dipartimento Emergenza Internistico Cardiologico dell'Ambito Territoriale di Ravenna (Ravenna, Faenza e Lugo) e la direttrice del Programma Aziendale "Emergenza Urgenza" AUSL della Romagna. Questo protocollo tiene conto del codice colore che viene assegnato dall'infermiere di Triage, dalla tipologia di paziente che si va a trattare (pediatrico, adulto, donna in gravidanza), l'eventuale assunzione di terapia antidolorifica al domicilio, e le allergie ai farmaci se dichiarate dai pazienti.

In addendum a una buona gestione del dolore si rende necessario trovare delle metodologie di riduzione dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.

Da questa esigenza nasce il protocollo di Anticipazione Infermieristica della Diagnosi in Triage, secondo il quale, a seguito di una primaria valutazione, per determinate tipologie di malattia l'infermiere di Triage è responsabile del compimento di una serie di azioni quali: esecuzione ECG, posizionamento di un accesso venoso periferico ed esecuzione di determinati esami ematici. Così facendo si tenta di "raggiungere" il TAT, facendo sì che siano valorizzate le condizioni cliniche del paziente fin dai primi 15 minuti dall'accesso in Pronto Soccorso.

Ad oggi l'Anticipazione Infermieristica della Diagnosi in Triage viene eseguita solo per determinate patologie quali: dolore toracico, dolore addominale e sanguinamento non traumatico. Ciò non toglie che sarebbe estremamente utile, in termini di risultati del paziente, estendere tali prestazioni anche ad altre patologie come, per esempio, al paziente che si presenta con sospetta frattura di femore.

A seguito di questo elaborato di tesi, si proporrà una linea guida aziendale indirizzata ai Pronto Soccorso dell'AUSL della Romagna, si procederà a elaborare le procedure di ambito, anche per

Ravenna (Ravenna, Faenza e Lugo), che andranno a normare: la Gestione Infermieristica del Dolore al Triage e per l'Anticipazione Infermieristica della Diagnosi in Triage.

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute, 1° agosto 2019, “Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero direzione generale della programmazione sanitaria”.
- Delibera 2 agosto 2021 n.1230, “Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso”, Regione Emilia-Romagna.
- Banca dati PS - Regione Emilia-Romagna URL https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportERHome/stats/report/eJwdy70OgyAUhuGdq-AGmgDyv6FHG5MOHbo3BE3KogmgQ4dee8HhPGd48xFCcatHEczzW4MGGJgRatlcgCvKqLO1m19FN1RDNkSDXzsJuu8UAOuoZIK7iQydszdxRSGcGZRxQo2sp1wDIZK3mE57X5NP4RM9XiLOJR2IHmMjcFq3bTvy9Yew5hzxp9pzcV_475FIBZiKQpVglKxL9c_xj8uBTdG [ultimo accesso 09/11/2022].
- Accordo di Conferenza Stato – Regioni, 24 maggio 2001, “Ospedale Senza Dolore”.
- Turk D, Okifuji A (2001) Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser J, Bonica J, Butler S et al (eds) Bonica’s management of pain. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, pp 16–25.
- Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P; PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain*. 2007 Jun;8(6):460-6. doi: 10.1016/j.jpain.2006.12.005. Epub 2007 Feb 15. PMID: 17306626.
- Baker DW. History of The Joint Commission's Pain Standards: Lessons for Today's Prescription Opioid Epidemic. *JAMA*. 2017 Mar 21;317(11):1117-1118. doi: 10.1001/jama.2017.0935. PMID: 28241189.
- Jensen, Troels S.*;1; Baron, Ralf2; Haanpää, Maija3; Kalso, Eija4; Loeser, John D.5; Rice, Andrew S.C.6; Treede, Rolf-Detlef7. A new definition of neuropathic pain. *Pain*: October 2011 - Volume 152 - Issue 10 - p 2204-2205 doi: 10.1016/j.pain.2011.06.017.
- Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. *Pain*. 2014 Apr;155(4):654-662. doi: 10.1016/j.jpain.2013.11.013. Epub 2013 Nov 26. Erratum in: *Pain*. 2014 Sep;155(9):1907. PMID: 24291734.

- AUSL della Romagna – Dipartimento Anatomia Patologica Medicina Trasfusionale e di Laboratorio. Standard di Prodotto/Servizio Medicina di Laboratorio. Rev. 01 del 22/09/2021: 7.
- Nightingale F. Notes on nursing: What it is, and what it is not. Mineola, NY: Dover Publications; 1969.

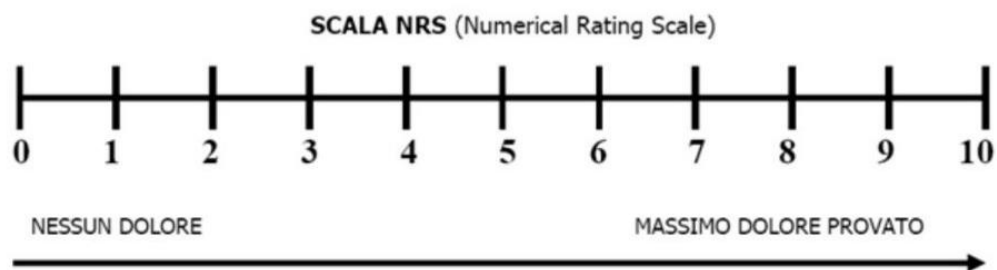
ALLEGATI

Allegato 1

SCALE DI VALUTAZIONE IN TRIAGE

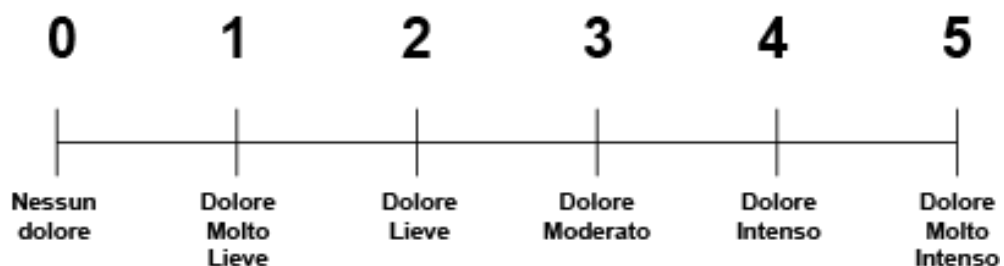
- NRS (NUMERICAL RATING SCALE, SCALA NUMERICA)

Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 11 punti; la scala prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel preciso momento: 0 nessun dolore e 10 il peggiore dolore possibile



- VRS (VERBAL RATING SCALE, SCALA VERBALE)

La scala verbale semplice sviluppa anch'essa le variabili riguardo l'intensità del dolore lungo una retta di 10 cm. In questo caso per la scelta dell'intensità avvertita, viene facilitata dalla esplicita presenza di descrittori. Normalmente i descrittori sono: nessun dolore, dolore molto lieve, dolore lieve, dolore moderato, dolore forte, dolore molto forte.



- SALA PAINAD VERSIONE ITALIANA

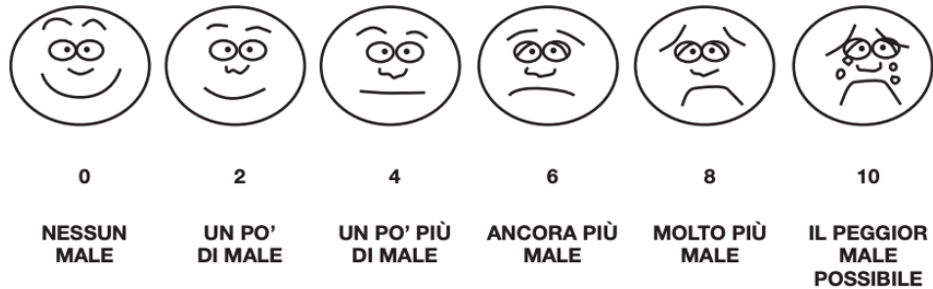
Nei pazienti con decadimento cognitivo più grave (CDR 3-4), per i quali gli strumenti di valutazione di self-report sono scarsamente applicabili la valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'osservazione degli operatori: spesso un'agitazione improvvisa o un comportamento insolito possono rappresentare la modalità con cui il paziente cerca di comunicare la propria sofferenza. Rimane estremamente difficile in questi pazienti misurare l'intensità del dolore.

Il punteggio totale varia da 0 a 10. Una possibile interpretazione del punteggio identifica come dolore lieve un punteggio di 2-4, dolore moderato un punteggio di 5-7 e come dolore severo un punteggio di 8-10.

Scala PAINAD Versione Italiana			
	0	1	2
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro alterato Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
Vocalizzazione	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti Pianto
Espressione facciale	Sorridente inespressiva	o Triste, contratta	ansiosa, Smorfie
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione. Ginocchia Piegata. Movimento afinalistico, a scatti
Consolabilità	Non necessità di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile: non si distrae né si rassicura
<i>0-1: Dolore assente</i>	<i>2-4: Dolore lieve</i>	<i>5-7: Dolore moderato</i>	<i>8-10: Dolore severo</i>

- SCALA WONG- BAKER FACES

Scala di valutazione del dolore utilizzata per i bambini tra i 3 e gli 8 anni di età. Si basa sull'indicazione da parte del bambino di una faccia, tra una serie di sei, in cui si rispecchia in quel momento, ovvero che rappresenta l'intensità del dolore che sta provando.



Allegato 2

SCALE DI VALUTAZIONE DEL DOLORE IN ETÀ PEDIATRICA

STRUMENTI DI MISURAZIONE DEL DOLORE IN ETÀ PEDIATRICA

Bambino cognitivamente adeguato

SCALA FLACC (0-3 anni)			
Categorie	0	1	2
Volto	Espressione neutra o sorriso	Smorfie occasionali o sopracciglia corrugate, espressione distaccata, disinteressata	Da frequente a costante aggrottamento delle sopracciglia, bocca serrata, tremore del mento
Gambe	Posizione normale o rilassata	Si agita, è irrequieto, teso	Scalcia o raddrizza le gambe
Attività	Posizione quieta, normale, si muove in modo naturale	Si contorce, si dondola avanti e indietro, teso	Inarcato, rigido o si muove a scatti
Pianto	Assenza di pianto (durante la veglia o durante il sonno)	Geme o piagnucola; lamenti occasionali	Piange in modo continuo, urla o singhiozza, lamenti frequenti
Consolabilità	Soddisfatto, rilassato	È rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio o dal tono della voce, è distraibile	Difficile da consolare e confortare

SCALA DI WONG-BAKER (4-8 anni)

SCALA NUMERICA (> 8 anni)