

La gestione del dolore in Pronto Soccorso: una indagine fenomenologica sul vissuto degli infermieri

Catia Lenza,^{1,2} Lara Meggiato,^{2,3} Vittoria Santuri,^{2,4} Liliana Vivona,^{2,5} Stefano Sebastiani,^{2,6}
Boaz Gedaliahu Samolsky Dekel,^{2,7} Guglielmo Imbriaco^{2,8}

¹Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta (CE); ²Master in assistenza infermieristica in area critica, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna; ³Pronto Soccorso e SUEM, ULSS 3 Serenissima, Dolo (VE); ⁴Pronto Soccorso e SUEM, ULSS3 Serenissima, Mirano (VE); ⁵Pronto Soccorso Centrale, Azienda Ospedaliera di Padova (PD); ⁶Sviluppo professionale e implementazione della ricerca nelle professioni sanitarie, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna; ⁷Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna; ⁸Centrale Operativa 118 Emilia Est, AUSL di Bologna, Italia

RIASSUNTO

Introduzione: il dolore è un fenomeno soggettivo, individuale e complesso. È la prima causa di accesso ai Dipartimenti di Emergenza di tutto il mondo. Una precoce gestione del dolore da parte dell'infermiere tramite l'utilizzo di protocolli ha esiti positivi sulla soddisfazione dei pazienti. L'obiettivo dello studio è analizzare la percezione degli infermieri di Pronto Soccorso circa il dolore dei pazienti adulti afferenti al servizio, evidenziando le barriere principali all'obiettività della valutazione e le modalità utilizzate per gestirlo, al fine di migliorare il corretto management del dolore.

Materiali e Metodi: il disegno di studio è di tipo qualitativo con analisi fenomenologica interpretativa attraverso la conduzione di interviste libere e narrative, strutturato secondo le indicazioni della checklist COREQ-32.

Risultati: sono stati intervistati 20 infermieri di Pronto Soccorso appartenenti a due aziende sanitarie della regione Veneto. Dalle interviste sono emersi sette temi principali: protocolli per la somministrazione di terapia, gestione del dolore nel bambino, procedure non farmacologiche, differenze tra pazienti con dolore acuto e cronico, caregiver e pazienti anziani o con deficit cognitivo, esperienze personali di dolore del personale sanitario, obiettività della valutazione infermieristica.

Conclusioni: dall'analisi delle interviste sono emersi fattori ostacolanti una ottimale gestione del dolore legati al contesto, come il sovraffollamento del Pronto Soccorso, o a particolari categorie di pazienti di difficile gestione, come bambini o anziani con deficit cognitivi. Sono inoltre emerse esperienze positive, come l'utilità delle tecniche non farmacologiche e il ruolo partecipativo di familiari e caregiver, in particolare nella valutazione del dolore.

Parole chiave: analgesia; caregiver; dolore; infermiere; pronto soccorso; valutazione del dolore.

Correspondence: Guglielmo Imbriaco, Centrale Operativa 118 Emilia Est – emergenza territoriale e elisoccorso, Ospedale Maggiore, AUSL di Bologna, Largo Bartolo Nigrisoli 2, 40133, Bologna, Italia
E-mail: guglielmo.imbriaco.work@gmail.com

Introduzione

Il dolore è un fenomeno soggettivo, individuale e complesso. È la principale causa di accesso ai Pronto Soccorso (PS) nel mondo, interessando dal 50% al 79% dei pazienti.¹ Un'adeguata analgesia rappresenta uno dei cardini di un efficace trattamento dell'emergenza e l'introduzione di protocolli per la gestione del dolore da parte degli infermieri di triage ha esiti positivi sulla soddisfazione dei pazienti, sulla riduzione dei tempi di somministrazione della prima dose di analgesico, sull'intensità del dolore ed è in grado di ottimizzare il percorso della persona all'interno del dipartimento di emergenza.²⁻⁶ Nonostante questo, l'oligoanalgesia nei setting di emergenza è un fenomeno tuttora presente, con una quota rilevante di pazienti che non riceve un trattamento analgesico tempestivo o non riceve alcun trattamento.⁷⁻⁹ Meno di un terzo dei pazienti che accede al PS con dolore acuto riceve un analgesico entro un'ora dall'accettazione, con un tempo medio di somministrazione che può arrivare fino a 90 minuti, rispetto ai 30 raccomandati.^{10,11}

L'infermiere è spesso il primo professionista sanitario a interagire con il paziente in PS, svolgendo un ruolo chiave nel percorso, dall'accettazione alla dimissione. Pertanto, il punto di vista degli infermieri sulla gestione del dolore in PS è cruciale ed è stato oggetto di numerose ricerche che identificano ostacoli come una valutazione imprecisa, la mancanza di strumenti specifici, una comunicazione inefficace, formazione insufficiente, mancanza di procedure condivise e carichi di lavoro elevati.¹²⁻¹⁴ Ulteriori limiti possono derivare da "falsi miti", come il timore che l'analgesia possa interferire con l'esame obiettivo o preoccupazioni sul rischio di dipendenza e sulla sicurezza degli oppiacei, sia da parte degli assistiti che degli operatori sanitari.^{15,16} Specifiche categorie di pazienti, come i bambini o gli anziani, in particolare se affetti da deficit cognitivi o depressione, sono maggiormente a rischio di una sottostima del dolore.¹⁷⁻¹⁹ Una migliore gestione del dolore può essere favorita dall'implementazione di specifici protocolli infermieristici o da una efficace comunicazione terapeutica con l'assistito e con i suoi caregiver.^{4,20,21}

Date la rilevanza del tema e la necessità di approfondire le conoscenze sulla gestione del dolore in emergenza, questo studio si propone di analizzare l'esperienza degli infermieri di PS attraverso un'indagine qualitativa fenomenologica, evidenziando barriere e punti di forza nelle modalità di valutazione e gestione del dolore per garantire un trattamento adeguato.

Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è esplorare, attraverso un'indagine qualitativa fenomenologica, l'esperienza degli infermieri di PS sulla gestione del dolore, mettendo in luce le sfide e le buone pratiche legate alla valutazione e al trattamento del dolore.

Materiali e Metodi

Disegno dello studio

Studio qualitativo con analisi fenomenologica interpretativa dei dati raccolti attraverso interviste.^{22,23} Questo approccio consente di focalizzare l'attenzione sulla tematica in oggetto partendo dalla prospettiva delle esperienze vissute dagli intervistati, derivando elementi che possono avere una diretta rilevanza per la pratica clinica.²⁴

La ricerca, conforme ai principi etici della Dichiarazione di Helsinki sulla ricerca in ambito clinico, è stata approvata dal

Comitato di Bioetica dell'Università di Bologna (Prot. n. 81582 del 13/04/2022) e autorizzata dalle Direzioni delle Professioni Sanitarie delle Aziende coinvolte.

Lo studio è strutturato secondo le indicazioni della check list per gli studi qualitativi COREQ-32 (COntrolled criteria for REporting Qualitative research).²⁵

Setting

Lo studio ha coinvolto infermieri in servizio presso i PS dell'Azienda ULSS3 Serenissima e dell'Azienda Ospedaliera di Padova, per un totale di 2 Ospedali Hub (Mestre e Polo Universitario di Padova) e 5 ospedali Spoke (Dolo, Mirano, Venezia, Chioggia, Ospedale Sant'Antonio di Padova) della Regione Veneto, nel periodo compreso tra marzo e maggio 2022.

Partecipanti

I partecipanti, selezionati tramite campionamento propositivo con l'obiettivo di analizzare i vissuti specifici sul tema e rappresentare omogeneamente il setting geografico, sono infermieri di PS abilitati alle funzioni di Triage con esperienza lavorativa nell'unità operativa superiore a 6 mesi e che hanno partecipato volontariamente allo studio, previa adeguata informativa e consenso. Non sono stati registrati rifiuti a partecipare allo studio o alle interviste.

Raccolta dei dati

Sono state condotte interviste semi-strutturate, libere e narrative, lasciando ampio margine di libertà e permettendo all'intervistato di parlare apertamente e di raccontarsi. I partecipanti sono stati messi a proprio agio, in un contesto informale e interattivo, ed è stato loro spiegato l'obiettivo della ricerca. Le interviste sono state introdotte con la domanda: "Come viene gestito il dolore nei pazienti che arrivano in Pronto Soccorso?" e successivamente le intervistatrici hanno guidato i colloqui con ulteriori domande sulla base dei principali aspetti emersi dalla letteratura. L'audio delle interviste è stato registrato per successiva trascrizione; non sono state raccolte note sul campo. Tutte le interviste sono state svolte fuori dall'orario di servizio, in presenza, tranne una (svolta in videoconferenza per motivi organizzativi), da due ricercatrici (VS e LM). Le due ricercatrici, che lavorano nei servizi di PS di due degli ospedali coinvolti, hanno ricevuto formazione specifica sulla conduzione di interviste e sono state costantemente supervisionate dai docenti (SS e GI) del Master di I livello in Assistenza Infermieristica in Area Critica dell'Università di Bologna.

Durante le interviste gli intervistatori e i partecipanti si sono attenuti alla normativa vigente per la prevenzione della trasmissione del virus SARS-CoV-2.

Analisi dei dati

Le registrazioni vocali delle interviste sono state trascritte fedelmente su documento informatizzato e analizzate per evidenziare le tematiche ricorrenti, fino a ridondanza dei temi emersi e saturazione dei dati.

Il processo di analisi delle interviste è stato strutturato secondo il metodo fenomenologico proposto da Giorgi (1985) e riportato da Mortari e Zannini (2017): i) lettura completa delle interviste, per familiarizzare con i contenuti e ottenere una comprensione del senso nel suo insieme; ii) rilettura attenta e identificazione di contenuti significativi, classificabili come "unità di significato" (meaning units) rilevanti per il tema indagato; iii) esame analitico delle meaning units individuate, per esprimerne gli specifici contenuti; iv) confronto tra i contenuti, sintesi e raggruppamento in temi descrittivi comuni.

L'analisi dei dati è stata condotta senza l'utilizzo di software. Per limitare la soggettività e garantire maggiore rigore nell'a-

nalisi dei dati, le interviste pseudo-anonimizzate sono state analizzate in maniera indipendente da due ricercatrici non coinvolte nella conduzione delle interviste (CL e LV), con supervisione da parte dei docenti. I risultati della ricerca (meaning units, temi e sotto-temi) sono stati costantemente condivisi tra i ricercatori e confrontati tra loro per ottenere un consenso.

Gestione e conservazione dei dati

I dati sono stati raccolti in forma pseudo-anonimizzata su database informatizzato, assegnando ad ogni partecipante un numero progressivo. I risultati sono stati restituiti alle Aziende Sanitarie coinvolte nello studio.

Risultati

Sono stati intervistati $n=20$ infermieri, con un'età media di 36,8 anni ($\pm 8,0$) e un'anzianità lavorativa media in PS di 8,9 anni ($\pm 7,9$). Ogni partecipante è stato intervistato una sola volta e le interviste sono durate in media 21 minuti e 3 secondi ($\pm 7:18$) (Tabella 1).

Dalle interviste sono emersi sette temi principali ricorrenti; in alcuni di questi sono stati identificati dei sotto-temi secondari (Tabella 2).

Tabella 1. Caratteristiche demografiche dei partecipanti e durata delle interviste.

Infermiere N°	Ospedale Hub/Spoke	Età	Sesso	Titolo di studio	Anni di servizio in Pronto Soccorso	Durata intervista
1	Spoke	47	M	Diploma regionale	7 anni e 9 mesi	33' 35"
2	Spoke	35	M	Laurea Triennale	12 anni	23' 42"
3	Hub	31	M	Laurea Triennale	4 anni e 10 mesi	30' 54"
4	Hub	32	M	Laurea Triennale	4 anni e 6 mesi	14' 23"
5	Hub	29	F	Laurea Triennale Laurea magistrale	4 anni	11' 16"
6	Hub	35	M	Laurea Triennale	1 anno e 11 mesi	21' 26"
7	Hub	45	F	Laurea Triennale	20 anni	15' 44"
8	Hub	30	F	Laurea Triennale	6 anni	19' 37"
9	Spoke	45	F	Laurea Triennale	6 anni, di cui 2 di gravidanza	18' 32"
10	Hub	35	M	Laurea Triennale – IN CORSO MASTER	5 anni	22' 29"
11	Spoke	33	M	Laurea Triennale	6 anni	30' 33"
12	Spoke	32	F	Laurea Triennale	2 anni	16' 35"
13	Hub	27	F	Laurea Triennale	4 anni	20' 07"
14	Spoke	33	M	Laurea Triennale	3 anni e sei mesi	9' 41"
15	Spoke	28	M	Laurea Triennale	4 anni	10' 22"
16	Hub	30	M	Laurea Triennale	2 anni e 6 mesi	28' 58"
17	Spoke	48	M	Diploma regionale	23 anni	20' 18"
18	Hub	37	M	Laurea Triennale	11 anni	34' 22"
19	Spoke	49	F	Diploma regionale	30 anni	15' 55"
20	Spoke	55	M	Laurea Triennale	21 anni	22' 30"

Tabella 2. Temi principali e secondari emersi dalle interviste.

TemI principali	Sotto-temi secondari
1. Protocolli per la somministrazione di analgesia al triage	- Aspetti logistici - Aspetti culturali/credenze degli assistiti - Timore che l'analgesia interferisca con l'esame obiettivo
2. Gestione dolore del bambino in Pronto Soccorso	
3. Tecniche non farmacologiche per la gestione del dolore	
4. Differenze tra pazienti con dolore acuto e dolore cronico	
5. Caregiver e pazienti anziani o non collaboranti o con deficit comunicativi	- Fornire informazioni - Delega di attività assistenziali/sorveglianza - Interpretazione di segni e sintomi
6. Esperienze personali di dolore da parte del personale infermieristico	
7. Obiettività della valutazione infermieristica	

Protocolli per la somministrazione di analgesia al triage

L'anticipazione del trattamento analgesico da parte dell'infermiere già dalla fase di accettazione, previa valutazione, è possibile grazie alla disponibilità di specifici protocolli.

“Va tutto secondo protocolli, per cui non è operatore dipendente... prima chiediamo al paziente di quantificare il dolore da 0 a 10 e poi somministriamo la terapia” (Inf. 8).

“Un paziente che arriva con dolore, viene valutato per la tipologia di dolore... viene applicata la scala NRS (Numerical Rating Scale), se rientra nei criteri e il paziente acconsente al trattamento farmacologico, si compila una scheda e successivamente viene somministrata la terapia” (Inf. 3).

Le interviste mostrano una significativa eterogeneità nella struttura e nell'applicazione dei protocolli.

“Da circa 10 anni abbiamo dei protocolli sulla gestione del dolore, somministriamo la terapia sempre su indicazione del medico... in accordo si applica il protocollo e poi procediamo alla rivalutazione del dolore a distanza di tempo” (Inf. 19).

“Tendenzialmente chiediamo al medico prima di somministrare un farmaco, a parte il paracetamolo per un dolore “basso” (Inf. 14).

In altri casi, l'assenza di protocolli per analgesia al triage è descritta come un elemento di criticità, comportando una serie di svantaggi e potenziali problematiche.

“Si sente la mancanza di un protocollo dolore in particolare quando la lista d'attesa è lunga, può essere uno strumento valido e deve valorizzare il triagista... attualmente non c'è un protocollo... se somministro un farmaco in autonomia non sono tutelato da eventuali problematiche” (Inf. 2).

Dall'analisi delle interviste sono emersi alcuni fattori che possono ostacolare una adeguata gestione del dolore in triage.

Aspetti logistici

Il costante sovraffollamento, problemi organizzativo-strutturali e mancanza di personale possono ritardare o condurre a una inadeguata gestione del dolore in triage.

“È importante non far soffrire il paziente... il triage avanzato non viene fatto per mancanza di spazi...” (Inf. 20)

“La rivalutazione è necessaria, non viene fatta da tutti i colleghi, anch'io certe volte non riesco a farla, purtroppo non siamo ubiquitari, faccio fatica a gestire quando c'è un alto afflusso delle persone” (Inf. 11).

Aspetti culturali/credenze degli assistiti

In alcuni casi il dolore non viene trattato per volontà espressa dal paziente, come sostiene l'infermiere 15:

“...personalmente la propongo sempre la terapia, la maggior parte delle volte dicono “no, mi tengo il dolore”.

Timore che l'analgesia interferisca con l'esame obiettivo

La convinzione che il trattamento del dolore possa interferire con l'esame obiettivo e la valutazione diagnostica persiste ancora oggi. Questo atteggiamento è risultato comune in molte interviste e si verifica principalmente nei pazienti con dolore addominale, come afferma l'infermiere 8:

“Ai pazienti con dolori addominali non somministriamo nessuna terapia perché è utile fare la visita con la presenza del dolore altrimenti viene falsato l'esame obiettivo”.

L'infermiere 9 aggiunge che

“Se somministri la terapia antidolorifica è difficile definire la diagnosi, perché a volte mascheri il sintomo”.

Contrariamente, infermiere 18 riferisce che:

“Il medico non deve per forza valutare il paziente sulla sofferenza... secondo me somministrare la terapia in triage aiuta la visita, perché il paziente si rilassa e si fa visitare di più”.

Gestione del dolore nel bambino in Pronto Soccorso

“I bambini sono un tasto difficile...” (Inf. 9)

La gestione del dolore dei pazienti pediatrici in PS è descritta come particolarmente difficoltosa, sia per quanto riguarda la valutazione che il trattamento.

“I bambini sono difficilissimi da gestire, sono al pari degli anziani con demenza... il dolore è difficilissimo da valutare, una cosa quasi impossibile” (Inf. 11).

Altri intervistati segnalano l'assenza di procedure dedicate per l'analgesia dei pazienti pediatrici.

“C'è un buco a livello di protocolli, non possiamo somministrare nessun antidolorifico al paziente pediatrico” (Inf. 5).

Molto spesso l'organizzazione del PS tende a velocizzare la presa in carico del piccolo paziente e della famiglia da parte dei reparti di pediatria:

“In generale il bambino ha una sorta di priorità, non lo fai aspettare mai e quindi viene preso subito in carico e indirizzato alla pediatria” (Inf. 2).

Tecniche non farmacologiche per la gestione del dolore

Tutti gli intervistati hanno riferito che i protocolli in uso per la gestione del dolore in triage prevedono la somministrazione di terapia farmacologica e non includono l'utilizzo di tecniche non farmacologiche, che si sono rivelate dipendenti dall'operatore. L'infermiere 17 afferma:

“Probabilmente è sempre operatore dipendente... nella classica frattura, soprattutto in triage, potresti mettere un tutore che sicuramente andando a bloccare l'arto, allevia già di per sé un pochino il dolore; e secondo me questo a volte viene fatto in base all'esperienza personale e di chi ci lavora”.

Cercare di creare un ambiente confortevole in un contesto caotico come il PS è di difficile realizzazione ma quando si riesce rappresenta un beneficio per la persona assistita.

“Personalmente cerco di base di creare una situazione di comfort... tolgo i volumi dei QRS dai monitor, abbasso le luci, metto un cuscino, se ho la possibilità. Ho visto un assoluto miglioramento del comfort e di conseguenza anche del dolore... perché i pazienti riescono a riposarsi e a tranquillizzarsi... La musicoterapia... però qui nel PS adulti è pressoché impossibile, ci sono numeri troppo alti...” (Inf. 16).

Talvolta, ai pazienti che accedono con un dolore acuto come una colica renale o una lombosciatalgia, laddove non è possibile somministrare antidolorifici immediatamente, vengono favorite posizioni antalgiche o viene applicato riscaldamento localizzato della regione. Il ruolo della comunicazione, come tecnica distrattiva o per mitigare ansia e preoccupazioni, è descritto dall'infermiere 3 che afferma:

“Riuscire a trovare due minuti solo per parlarsi, per trovare un modo empatico per entrare in sintonia con la persona, ma spesso per la fretta questo manca e ne risente anche il paziente”.

Alcuni aspetti correlati alle tecniche non farmacologiche di gestione del dolore sono a volte resi difficoltosi dal contesto e dall'organizzazione, come nel caso della grande mole di lavoro che si riscontra soprattutto negli ospedali Hub e che non sempre permette di garantire un'assistenza adeguata e completa, forse...

“per mancanza di tempo, probabilmente anche di conoscenza e di ambienti dedicati che dovrebbero esserci, ma non ci sono” (Inf. 5).

Differenze tra pazienti con dolore acuto e dolore cronico

Tra gli argomenti discussi è emersa la differenza di trattamento tra il dolore acuto e il dolore cronico, contestualizzata nell'ambito del PS. Nonostante la letteratura riporti come la valutazione infermieristica tenda a sottostimare il dolore rispetto a quello percepito e riferito dal paziente, a maggior ragione se si tratta di un dolore cronico¹⁴, dalle interviste effettuate è emersa una generale attenzione anche alle situazioni di dolore cronico riacutizzato:

“La cosa principale che viene notata è l'intensità del dolore, che sia cronico o acuto non ha molto importanza” (Inf. 20)

Oppure:

“Di solito chi ha un dolore cronico, viene per un problema acuto, per cui anche il dolore riacutizzato viene comunque trattato come un dolore acuto di nuova insorgenza... un dolore cronico che si riacutizza e che non risponde più alla terapia diventa anche più complesso da un punto di vista terapeutico...” (Inf. 6).

Caregiver e pazienti anziani o non collaboranti o con deficit comunicativi

Una quota rilevante di persone in età avanzata si reca in PS accompagnata dai rispettivi familiari. Gli intervistati hanno espresso le loro esperienze relative al ruolo e ai comportamenti della famiglia e dei caregiver, da cui sono emersi tre sotto-temi secondari: i) Fornire informazioni: i familiari/caregiver svolgono un ruolo chiave nel fornire informazioni di base agli operatori sanitari. “Quando vengono [i parenti] sono di aiuto, adesso con il problema del COVID non possono entrare, quando abbiamo qualche dubbio o informazioni inadeguate li chiamiamo al telefono” (Inf. 1) oppure 6: “...si va a cercare il parente e si chiedono le condizioni precedenti, farmaci che prendono a casa anche in caso di dolore” (Inf. 6); ii) Delega di attività e sorveglianza dei pazienti: “Noi [infermieri] tendiamo a farli entrare [familiari/caregiver], in particolare quando ci sono anziani o pazienti agitati... conoscendoli, comprendono di cosa possono avere bisogno... sono delle risorse che noi utilizziamo, ci aiutano a gestire il paziente agitato” (Inf. 7); iii) Interpretazione di segni e sintomi, in caso di deficit comunicativo: in assenza di strumenti adeguati alla valutazione del dolore nella persona anziana con deficit cognitivo, il caregiver rappre-

senta una risorsa importante: “un familiare può essere un elemento di aiuto, riesce a captare i segnali di dolore, visto che la scala NRS non è sempre applicabile” (Inf. 4)

Alla luce di queste testimonianze, i familiari/caregiver assumono un ruolo fondamentale. In altri casi, al contrario, i familiari/caregiver vengono percepiti come elementi di criticità che a volte interferiscono nel percorso clinico-assistenziale creando confusione e ansia.

“La presenza di un familiare è sempre di troppo, tendo a mandarli a casa perché ho notato che i pazienti diventano ansiosi se sanno che i parenti sono fuori ad aspettare” (Inf. 2).

Un efficace approccio relazionale potrebbe rafforzare il rapporto con i familiari, coinvolgendoli nell'assistenza e rendendoli partecipi del processo decisionale.

“Dipende sempre come ti approcci [ai familiari]... spiegare che il paziente è stato preso in carico... che appena possibile può vederlo... allevia lo stato di agitazione del paziente ma anche del familiare” (Inf. 17).

Esperienze personali di dolore da parte del personale infermieristico

Durante le interviste è emerso come gli infermieri che hanno sofferto di dolori simili a quelli per cui un paziente accede in PS abbiano una maggiore predisposizione all'ascolto, all'empatia e a una gestione del dolore più immediata, assegnando una priorità ai pazienti con dolore particolarmente acuto, proponendo subito una terapia antidolorifica.

“Mi sento molto affine a chi soffre di coliche renali, perché l'ho provato, ho avuto una brutta esperienza io personalmente e si, ti può influenzare... non dovresti... devi sempre rimanere oggettivo e critico, ma non è sempre facile.” (Inf. 3).

L'infermiere 6 racconta:

“Io, ad esempio, ho avuto problemi di coliche renali e se vedo un paziente con lo stesso problema so come si sta, cerco di farlo passare avanti dandogli una priorità per una questione del dolore, perché l'ho subito e so cosa significa”.

Solo una piccola percentuale di infermieri ha espresso di valutare oggettivamente il dolore senza lasciarsi influenzare dalle esperienze personali, come l'infermiere 2:

“Per me il vissuto rientra come esperienza personale e non come esperienza lavorativa”.

Obiettività della valutazione infermieristica

L'utilizzo di strumenti che consentano all'infermiere di valutare quanto riferito dall'assistito in maniera oggettiva, utilizzando scale validate adeguate all'età e al livello cognitivo del paziente, non è sempre attuato, come afferma l'infermiere 13:

“Esiste un protocollo in base alla scala NRS che mi dice il paziente... in realtà non chiedo mai la scala NRS perché di solito è molto soggettiva”.

In alcune situazioni l'obiettività della valutazione infermieristica sull'intensità del dolore provato dalla persona assistita può essere ostacolata e specifiche categorie di pazienti risultano più difficili da codificare per approcci culturali al dolore differenti rispetto a quello dell'operatore che si trova a valutarli. L'infermiere 18 afferma che:

“...abbiamo visto morire giovani di 18, 35 o 40 anni del Bangladesh di infarto, perché li abbiamo un po' sottovalutati. Hanno una soglia del dolore pari a zero e non sanno spiegarsi”.

Un'altra categoria difficile da valutare sembra essere quella delle persone affette da patologia psichiatrica, con accessi ricorrenti in pronto soccorso:

“Sono pazienti difficili con continue richieste... è difficile capire se effettivamente hanno un problema o se è legato alla loro patologia” (Inf. 10).

Dalle interviste condotte è emerso che alcuni infermieri non si basano sulla scala NRS ma sull'osservazione e sulla percezione soggettiva del paziente, come ad esempio l'infermiere 13: “...lo quantifico io [il dolore] in base a come vedo l'aspetto del paziente”.

Secondo altri intervistati le scale devono essere applicate metodicamente, per permettere una valutazione oggettiva: “I pazienti vanno trattati tutti in maniera uguale, è fondamentale collaborare con i colleghi ed usare i protocolli” (Inf. 1).

I ritmi incalzanti del lavoro e il consistente numero di persone che accede al PS possono incidere sull'obiettività della valutazione: “Quando iniziano ad esserci tante persone hai la necessità di andare un po' più veloce e a volte [la valutazione del dolore] diventa più un impatto visivo” (inf. 17).

Discussione

L'analisi delle interviste ha messo in luce diversi aspetti critici nella gestione del dolore in PS, evidenziando la diversificazione delle pratiche tra gli operatori nonostante la disponibilità di protocolli. La valutazione del dolore è stata identificata come un punto cruciale, con la mancanza di utilizzo costante di scale validate e la dipendenza da valutazioni soggettive basate sull'aspetto del paziente e sulla percezione dell'operatore. Questo aspetto può contribuire a ritardi nell'intervento analgesico e all'oligoanalgesia.^{6,26}

L'uso limitato degli oppiacei è emerso come una criticità, con l'Italia posizionata agli ultimi posti tra i Paesi sviluppati per volume di utilizzo.²⁷ Questa “oppiofobia” potrebbe derivare da una mancanza di formazione degli operatori sanitari e da preoccupazioni dei pazienti riguardo agli effetti collaterali e alla dipendenza. Tuttavia, l'introduzione tempestiva di analgesici oppioidi è stata suggerita come una potenziale soluzione per migliorare la gestione del dolore severo.²⁸ Sebbene sia ampiamente dimostrato che l'uso di antidolorifici non comprometta l'esame obiettivo, numerosi infermieri intervistati sostengono che ritardare l'analgesia, in particolare nei pazienti con dolore addominale acuto, sia utile per non interferire con l'esame obiettivo e definire meglio la diagnosi.

La gestione del dolore nei pazienti pediatrici è stata identificata come un'area particolarmente complessa a causa delle loro peculiarità cliniche, delle difficoltà di comunicazione e dell'ansia dei genitori (e talvolta degli stessi operatori sanitari).^{19,29} Il ruolo dei genitori, spesso considerato marginale, può contribuire a instaurare un efficace rapporto collaborativo nelle fasi di riconoscimento e valutazione del dolore nel bambino, nella pianificazione dei trattamenti e nella rivalutazione della loro efficacia.³⁰ L'assenza o il mancato utilizzo di strumenti specifici per la popolazione pediatrica rappresenta un ulteriore elemento di criticità; una survey condotta nel 2010 negli ospedali pediatrici o materno-infantili italiani ha rilevato che il 31,6% di questi non utilizzava scale validate per

la rilevazione del dolore al triage e nel 47,4% dei casi non aveva elaborato protocolli per la gestione del dolore.³¹ Analogamente ai bambini, anche gli individui con deficit cognitivi e i pazienti fragili o non collaboranti sono caratterizzati da bisogni specifici che talvolta l'assetto organizzativo del PS non è in grado di soddisfare, né tantomeno è capace di fornire adeguato supporto ai loro accompagnatori.³²

Gli infermieri riferiscono notevoli difficoltà nella corretta valutazione del dolore in alcune categorie di assistiti, come quelli affetti da patologia psichiatrica, quando è presente una barriera linguistica, o con pazienti con decadimento cognitivo. Per questi ultimi il supporto di conoscenti o familiari, presenti in oltre il 64% dei pazienti, per l'interpretazione dello stato di sofferenza o per la semplice gestione in fase di attesa risulta una risorsa preziosa.^{33,34} Ai familiari/caregiver possono essere delegate alcune attività assistenziali di base³², in particolare in contesti con staffing limitato o eccessivo afflusso di pazienti.^{35,36} Contrariamente a questa linea di pensiero, una bassa percentuale di intervistati ha definito il familiare/caregiver un “ostacolo”, in quanto trasmetterebbe le proprie ansie e paure non solo al paziente stesso, ma anche agli operatori. La relazione tra caregiver, paziente e operatori sanitari nella gestione del dolore deve essere considerata come componente integrante del processo di cura e non un fattore di ostacolo.

La valutazione infermieristica può sottostimare il dolore rispetto a quello percepito dal paziente: l'infermiere è portato a valutare il dolore dei pazienti secondo la propria percezione, tralasciando il valore riferito dall'assistito su una scala numerica NRS.²⁶ La caratteristica di soffrire di dolore cronico da parte degli infermieri è stata identificata come predittiva di atteggiamenti migliori nei confronti degli assistiti.¹⁶ In base a quanto riportato dagli intervistati, le esperienze personali di dolore non interferiscono con l'assegnazione del codice colore ma gli infermieri sono maggiormente predisposti a trattare tempestivamente il dolore, avendo avuto un'esperienza dolorosa assimilabile a quella della persona che si trovano ad assistere. Altri autori hanno riportato come il dolore cronico venga spesso sottovalutato rispetto a quello acuto, andando incontro a sottostime e pregiudizi³⁷, mentre nel contesto analizzato non sono emersi atteggiamenti diversi nella valutazione e nel trattamento del dolore acuto rispetto a quello cronico.

L'implementazione di interventi non farmacologici in PS comporta una riduzione del dolore clinicamente rilevante in oltre il 40% dei casi; tuttavia, pur riconoscendone l'importanza, solo una piccola percentuale di pazienti riceve interventi non farmacologici.³⁸ I protocolli di gestione dell'analgesia in fase di attesa sottovalutano il valore dei trattamenti non farmacologici, come l'applicazione del caldo/freddo, la distrazione, l'immobilizzazione, l'elevazione degli arti e il supporto emotivo.³⁸ Quest'area di intervento è un ambito in cui l'infermiere può operare autonomamente, in ragione della sua professionalità, per il benessere della persona. Per motivazioni culturali, più orientate alla farmacoterapia, o per mancanza di tempo all'interno del contesto lavorativo, tali interventi non sono sufficientemente attuati, mentre potrebbero risultare molto utili, aumentando il comfort e la compliance dei pazienti durante l'attesa.

Limiti

I limiti dello studio includono la possibile influenza della realtà socio-demografica dell'area geografica analizzata (contesti sia urbani che rurali) sulle esperienze riportate dagli infermieri. Inoltre, il fatto che le trascrizioni delle interviste non siano state riconsegnate ai partecipanti potrebbe limitare la possibilità di ottenere feedback e correzioni da parte degli stessi.

Conclusioni

La gestione del dolore in Pronto Soccorso è complessa e soggetta a diversificazioni pratiche. La valutazione del dolore, l'uso limitato degli oppiacei, le sfide nella gestione del dolore pediatrico e in categorie specifiche di pazienti, insieme alla necessità di implementare interventi non farmacologici, emergono come aree chiave per miglioramenti. Interventi formativi, protocolli specifici e una maggiore consapevolezza sull'importanza della gestione del dolore potrebbero contribuire a un approccio più omogeneo e tempestivo nei Pronto Soccorso.

Bibliografia

1. Van Woerden G, Van Den Brand CL, Den Hartog CF, et al. Increased analgesia administration in emergency medicine after implementation of revised guidelines. *Int J Emerg Med* 2016;9:4.
2. Pretorius A, Searle J, Marshall B. Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patients' pain. *Pain Manag Nurs* 2015;16:372-9.
3. Cabilan CJ, Boyde M. A systematic review of the impact of nurse-initiated medications in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J* 2017;20:53-62.
4. Varndell W, Fry M, Elliott D. Quality and impact of nurse-initiated analgesia in the emergency department: A systematic review. *Int Emerg Nurs* 2018;40:46-53.
5. Muscat C, Fey S, Lacan M, et al. Observational, Retrospective Evaluation of a New Nurse-Initiated Emergency Department Pain Management Protocol. *Pain Manag Nurs* 2021;22:485-9.
6. Burgess L, Kynoch K, Theobald K, et al. The effectiveness of nurse-initiated interventions in the Emergency Department: A systematic review. *Australas Emerg Care* 2021;24:248-54.
7. Rupp T, Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2004;43:494-503.
8. Brown T, Shetty A, Zhao DF, et al. Association between pain control and patient satisfaction outcomes in the emergency department setting. *Emerg Med Australas* 2018;30:523-9.
9. Hachimi-Idrissi S, Coffey F, Hautz WE, et al. Approaching acute pain in emergency settings: European Society for Emergency Medicine (EUSEM) guidelines-part 1: assessment. *Intern Emerg Med* 2020;15:1125-39.
10. Carter D, Sendziuk P, Elliott JA, Braunack-Mayer A. Why is Pain Still Under-Treated in the Emergency Department? Two New Hypotheses. *Bioethics* 2016;30:195-202.
11. Todd KH. A Review of Current and Emerging Approaches to Pain Management in the Emergency Department. *Pain Ther* 2017;6:193-202.
12. Fosnocht DE, Heaps ND, Swanson ER. Patient expectations for pain relief in the ED. *Am J Emerg Med* 2004;22:286-8.
13. Vuille M, Foerster M, Foucault E, Hugli O. Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study. *J Clin Nurs* 2018;27:669-76.
14. Admassie BM, Lema GF, Ferede YA, Tegegne BA. Emergency nurses perceived barriers to effective pain management at emergency department in Amhara region referral hospitals, Northwest Ethiopia, 2021. Multi-center cross sectional study. *Ann Med Surg (Lond)* 2022;81:104338.
15. Wheeler E, Hardie T, Klemm P, et al. Level of pain and waiting time in the emergency department. *Pain Manag Nurs* 2010;11:108-14.
16. Martorella G, Kostic M, Lacasse A, et al. Knowledge, Beliefs, and Attitudes of Emergency Nurses Toward People With Chronic Pain. *SAGE Open Nurs* 2019;5:2377960819871805.
17. Allione A, Pivetta E, Pizzolato E, et al. Determinants of inappropriate acute pain management in old people unable to communicate verbally in the emergency department. *Turk J Emerg Med* 2017;17:160-4.
18. Chen M, Hughes JA. The role of cognitive impairment in pain care in the emergency department for patients from residential aged care facilities: a retrospective, case-control study. *Australas Emerg Care* 2020;23:114-8.
19. Ross Deveau S. Pain assessment tools for use with children in acute pain in the emergency department. *Emerg Nurse* 2023;31:21-26.
20. Pierik JG, Berben SA, IJzerman MJ, et al. A nurse-initiated pain protocol in the ED improves pain treatment in patients with acute musculoskeletal pain. *Int Emerg Nurs* 2016;27:3-10.
21. Al-Kalaldehy M, Amro N, Qtait M, Alwawi A. Barriers to effective nurse-patient communication in the emergency department. *Emerg Nurse* 2020;28:29-35.
22. Sasso L, Bagnasco A, Ghirotto L. La ricerca qualitativa. Una risorsa per i professionisti della salute Milano: Edra; 2016.
23. Mortari L, Zannini L. La ricerca qualitativa in ambito sanitario. Roma: Carocci Editore; 2017.
24. Lopez KA, Willis DG. Descriptive versus interpretive phenomenology: their contributions to nursing knowledge. *Qual Health Res* 2004;14:726-35.
25. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349-57.
26. Giusti GD, Reitano B, Gili A. Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta Biomed* 2018;89:64-70.
27. Musazzi UM, Rocco P, Brunelli C, et al. Do laws impact opioids consumption? A breakpoint analysis based on Italian sales data. *J Pain Res* 2018;11:1665-72.
28. Butti L, Bierti O, Lanfrit R, et al. Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *J Pain Res* 2017;10:2479-2488.
29. Williams S, Keogh S, Douglas C. Improving paediatric pain management in the emergency department: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud* 2019;94:9-20.
30. Abouzida S, Bourgault P, Lafrenaye S. Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given... Care Given.... *Pain Manag Nurs* 2020;21:488-94.
31. Ferrante P, Cuttini M, Zangardi T, et al. Pain management policies and practices in pediatric emergency care: a nationwide survey of Italian hospitals. *BMC Pediatr* 2013;13:139.
32. Fry M, Chenoweth L, MacGregor C, Arendts G. Emergency nurses perceptions of the role of family/carers in caring for cognitively impaired older persons in pain: a descriptive qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2015;52:1323-31.
33. Fealy GM, Treacy M, Drennan J, et al. A profile of older emergency department attendees: findings from an Irish study. *J Adv Nurs* 2012;68:1003-13.
34. Rance S, Westlake D, Brant H, et al. Admission Decision-Making in Hospital Emergency Departments: The Role of the Accompanying Person. *Glob Qual Nurs Res* 2020;7:2333393620930024.
35. Bridges J, Collins P, Flatley M, et al. Older people's experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of

- qualitative studies. *Int J Nurs Stud* 2020;102:103469.
36. Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs* 2010;18:80-8.
37. Gauntlett-Gilbert J, Rodham K, Jordan A, Brook P. Emergency Department Staff Attitudes Toward People Presenting in Chronic Pain: A Qualitative Study. *Pain Med* 2015;16:2065-74.
38. Mota M, Cunha M, Santos MR, Silva D, Santos E. Non-pharmacological interventions for pain management in adult victims of trauma: a scoping review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2019;17:2483-90.

Contributi degli autori: tutti gli autori hanno contribuito in maniera sostanziale alla progettazione dello studio e alla acquisizione, analisi e interpretazione dei dati; hanno redatto il lavoro e lo hanno revisionato in modo critico fornendo un contributo intellettuale importante; hanno approvato la versione definitiva da pubblicare; acconsentono ad essere ritenuti responsabili del contributo che hanno apportato al lavoro.

Conflitto di interessi: Guglielmo Imbriaco è membro del Comitato Direttivo di Aniarti e del Comitato Scientifico di Italian Resuscitation Council. Stefano Sebastiani è membro del Collegio dei Probiviri di Aniarti. Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi correlati a questa pubblicazione.

Approvazione etica: lo studio è stato autorizzato dal Comitato di Bioetica dell'Università di Bologna (Prot. n. 81582 del 13/04/2022).

Finanziamento: questo studio è non profit e non è stato finanziato da fondi pubblici o privati.

Ringraziamenti: gli autori ringraziano i colleghi infermieri di Pronto Soccorso che hanno partecipato alle interviste e consentito di svolgere questo lavoro di ricerca.

Ricevuto: 29 Ottobre 2023. Accettato: 2 Dicembre 2023.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy (on behalf of ANIARTI, Italy).

Scenario 2023; 40:568

doi:10.4081/scenario.2023.568

Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.