

Analgesia Post-Triage: quale ruolo per l'infermiere?

di Stefano Citterio, Presidente IPASOI Como

46

Gli Infermieri coinvolti nei processi di triage sono chiamati ad utilizzare le proprie competenze per governare l'accesso dei pazienti al pronto soccorso. Tra i diversi aspetti che devono affrontare quello della gestione del dolore della persona rappresenta una criticità significativa per diversi ordini di motivi.

Il primo riguarda la gestione di un sintomo di non sempre facile inquadramento e che può costituire il principale motivo di accesso al sistema dell'urgenza da parte degli utenti.

Non dobbiamo tralasciare anche la considerazione che "l'Ospedale senza dolore" è, purtroppo in molte situazioni, rimasto solo come slogan traducendosi nel concreto unicamente in alcuni settori specialistici.

Quindi l'esigenza di una risposta adeguata e sicura al tema del dolore anche nel contesto del Pronto Soccorso costituisce un'esigenza del sistema alla quale è necessario dare una risposta.

È opportuno quindi riflettere sul contributo dell'infermiere nell'analgesia post-triage, per garantire la migliore risposta possibile ai cittadini.

"Il sistema di "trriage" è uno strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati a un servizio per acuti."

L'attività di triage di pronto soccorso, in coerenza con le linee guida ministeriali deve essere affidata a personale infermieristico "adeguatamente formato" il quale deve operare "secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio".

Secondo le linee guida del 2001 il triage deve essere svolto da un infermiere "sempre presente nella zona di accoglimento del Pronto Soccorso e in grado di considerare i segni e i sintomi del



paziente per identificare condizioni potenzialmente pericolose per la vita e determinare un codice di gravità per ciascun paziente al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica".

Rispetto ai primi interventi da eseguire nell'area di triage, dando per scontata la liceità di una serie di atti che l'infermiere può effettuare in assenza del medico, per gli atti da eseguire dietro prescrizione medica occorre un riflessione più approfondita.

Ci soffermiamo, in particolare, sul caso della somministrazione di analgesici e sul ruolo che possono assumere i protocolli in tali attività.

In termini generali il medico prescrive e l'infermiere deve garantire la corretta somministrazione dei farmaci.

Trattandosi di attività di Triage, in coerenza con quanto indicato dalla linee guida ministeriali, in ogni caso si consiglia l'adozione di protocolli e linee guida validati dall'Azienda.

Tali protocolli dovranno rispondere alla più aggiornata ed evoluta letteratura scientifica in materia, dovranno cioè essere al passo con le più moderne normative e regole del settore, nonché essere basati su prove di efficacia (evidence based medicine ed evidence based nursing).



La letteratura scientifica che si è occupata dell'argomento ha specificato che sono condizioni indispensabili dei protocolli "la correttezza, l'applicabilità, la chiarezza e la trasparenza, la condivisibilità e la flessibilità, ovvero la mutabilità nel tempo in funzione dell'aggiornamento e delle conoscenze scientifiche".

I protocolli, quindi, come base per l'esercizio professionale e come strumento di regolamentazione di rapporti tra medici e infermieri: il medico che interviene nella fase della proceduralizzazione, standardizzazione e formazione del personale. L'infermiere si pone invece come responsabile degli atti che pone in essere. Le responsabilità attengono quindi ad ambiti diversi (Benci 2011).

È indispensabile, inoltre, che le modalità di verifica di eventuali controindicazioni, allergie, consenso etc. siano appositamente indicate e rintracciabili sulla documentazione in uso così come, ovviamente, l'intero percorso della persona assistita.

Ad ulteriore sostegno e rinforzo del necessario coinvolgimento infermieristico nelle attività di sedazione del dolore si cita il provvedimento 24 maggio 2001 "Accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore", in Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001 che precisa:

1. "è auspicabile che nella cartella clinica del paziente (per analogia anche nella scheda di Triage o documentazione di PS) siano riportate le caratteristiche del dolore e la sua evoluzione durante il ricovero;

2. la rilevazione costante del dolore deve essere inserita fra le competenze dell'infermiere, il quale dovrà ricevere la formazione opportuna per svolgere tale compito".

Concludendo, potrebbe risultare lecita la somministrazione diretta da parte dell'infermiere, sulla base di protocolli e linee guida aziendali, solo di alcuni farmaci analgesici da somministrare per via orale, accuratamente selezionati in relazione alle possibili controindicazioni e complicanze.

Qualche rischio potrebbe derivare da una futura valutazione restrittiva da parte della Magistratura ove ritenesse che la somministrazione di farmaci, soprattutto in caso di effetti collaterali o "copertura" di patologia in atto, possa costituire esercizio di diagnosi, in concreto, da parte dell'infermiere.

Se lo si ritiene opportuno potrebbe essere previsto un periodo di "sperimentazione" con controfirma del medico su quanto effettuato dall'infermiere, ad ulteriore garanzia del percorso intrapreso.

Per quanto concerne il 118 e l'urgenza, la legittimità della somministrazione di farmaci salvavita, in assenza del medico e in presenza di protocolli, è sancita dal d.P.R. 27.3.1992, fatto salvo lo stato di necessità ex art. 54 c.p. Tale normativa è applicabile in PS solo in casi del tutto eccezionali. Resta ferma la considerazione che alcuni "minori" sono farmaci da banco, acquistabili liberamente, la cui somministrazione in PS rimane in un ambito di modesta incidenza 