



**UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE**

**FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**INDAGINE QUANTITATIVA SULLE CONOSCENZE ED  
ATTITUDINI DEI PROFESSIONISTI INFERMIERI DELL'AST 5  
SULL' UTILIZZO DELLE SCALE DEL DOLORE: ANALISI  
NARRATIVA DELLA LETTERATURA VS LO STATO  
DELL'ARTE.**

Relatore: Chiar.mo

**Dott. Marcelli Stefano**

Correlatore: Chiar.mo

**Dott. Miniscalco Davide**

Laureanda:

**Bastiani Valentina**

*ANNO ACCADEMICO 2023/2024*

Ai miei genitori,  
ai loro sacrifici e privazioni,  
alla loro dedizione nel rendermi felice.

A chi non è più con me  
ma continua a vivere al mio fianco.  
A mia nonna Carolina, la mia stella  
spero tu sia orgogliosa di me.

A me stessa,  
alla mia forza e alle mie fragilità

# **INDICE**

## **ABSTRACT**

## **INTRODUZIONE CAPITOLO 1: IL DOLORE**

1.1 DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE GENERALI DEL DOLORE

1.2 CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE

## **CAPITOLO 2: GESTIONE E VALUTAZIONE DEL DOLORE**

2.1 LE SCALE DI VALUTAZIONE

2.2 NORMATIVA SUL DOLORE

2.3 RUOLO DELL'INFERMIERE NEL DOLORE

2.4 LA GESTIONE FARMACOLOGICA E NON DEL DOLORE

## **CAPITOLO 3: LO STUDIO**

3.1 OBIETTIVO

3.2 MATERIALI E METODI

3.2.1 DISEGNO DI STUDIO

3.2.2 TIMING

3.2.3 CRITERI DI INCLUSIONE

3.2.4 CRITERI DI ESCLUSIONE

3.2.5 CAMPIONAMENTO

3.2.6 DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO DELLA RACCOLTA DATI

3.2.7 PROCEDURA DELLO STUDIO

3.2.8 CONSIDERAZIONI ETICHE

3.3 ANALISI DEI DATI

3.4 RISULTATI

4 DISCUSSIONE

5 CONCLUSIONE

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

RINGRAZIAMENTI

## **ABSTRACT:**

**Background:** Il dolore è stato inserito come quinto parametro vitale dalla Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) ed è considerato, quindi, un importante segno clinico, al pari della Frequenza Cardiaca (FC), della Pressione Arteriosa (PA), della Temperatura Corporea (TC) e della Frequenza Respiratoria (FR), e successivamente è stato inserito l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica. Nonostante ciò, il trattamento del dolore viene posto in secondo piano, e non viene considerato come priorità, in parte a causa della carenza del personale infermieristico ed, in parte, perché non è descritto dal paziente. Infatti, un assessment del dolore validato e di qualità seguito da una pianificazione corretta e individualizzata degli interventi da mettere in atto conduce a una riduzione del numero di giornate di degenza, ai costi sociosanitari e alle complicanze che possono insorgere dopo un intervento. Nel processo di gestione l'infermiere acquisisce un ruolo centrale, in quanto si fa carico della rilevazione del dolore, della sua valutazione, della sua evoluzione, della sua documentazione e quindi della successiva attuazione di interventi farmacologici e non condivisi all'interno dell'équipe.

**Obiettivo:** L'obiettivo primario dello studio è quello di indagare le conoscenze e l'utilizzo delle scale di valutazione del dolore da parte del personale infermieristico che prestano servizio in ambito ospedaliero.

**Materiali e Metodi:** È stato condotto uno studio di tipo cross-sectional monocentrico che non prevede approcci diagnostico terapeutico, nel periodo compreso tra Giugno e Febbraio 2024.

Lo studio ha coinvolto il personale infermieristico operanti presso l'AST 5 di Ascoli Piceno che nel periodo di riferimento, hanno accettato di partecipare attraverso la sottoscrizione del consenso informato. Per la raccolta dati è stato utilizzato un questionario validato strutturato diviso in tre sezioni e 20 items (M. Rebellato, M. Torresan, 2015) volta a indagare la conoscenza dell'utilizzo e il riconoscimento delle scale di valutazione da parte del personale infermieristico, online tramite la piattaforma Google Moduli.

Sono stati arruolati attraverso un campionamento di convenienza 150 infermieri con un

tasso di risposta del 30%.

**Risultati:** Hanno risposto all'indagine 150 infermieri (tasso di risposta=30%). Dal totale dei partecipanti la maggioranza viene rappresentata dal 79% di donne, per il 30% fascia adulta dai 50 anni in poi e per la quasi totalità del campione ovvero per il 97% di nazionalità italiana. Il 69,6% degli infermieri intervistati conferma di non aver frequentato corsi di formazione rivolti alla gestione e al controllo del dolore. Inoltre, più di un terzo (35,6%) degli intervistati dichiarano che nella propria unità operativa il dolore della persona assistita viene valutato in modo adeguato utilizzando scale di valutazione come la NRS che è stata quella più dichiarata (38%). Solo il 39,3% degli infermieri dichiarano che valutano il dolore alle persone assistite al momento della presa in carico altrimenti per il 25,3% lo rileva in base alla richiesta della persona stessa. Per il 91,3% degli intervistati dichiarano che l'intervento più utilizzato per il controllo del dolore sia la terapia farmacologica rispetto alla terapia cognitivo comportamentale (16,7%) e l'uso del placebo (15,3%).

**Conclusioni:** Dai risultati emersi si evidenzia che la gestione infermieristica del dolore è un argomento ancora poco conosciuto e c'è l'esigenza di attuare un'adeguata pianificazione delle modalità di gestione. Il dolore deve essere valutato alla pari con gli altri parametri vitali. La persona assistita deve essere valutata non solo nella sua sfera fisica ma anche quella psicologica e sociale focalizzandosi sulla formazione del personale sanitario per permettere di erogare un'assistenza personalizzata per ogni paziente. È importante la conoscenza e la capacità di utilizzo di tutte le scale di valutazione validate e la creazione di protocolli standardizzati.

## **INTRODUZIONE**

Tutti hanno provato dolore almeno una volta nella vita.

In tempi recenti sono stati fatti molti progressi, infatti, il dolore è stato inserito come quinto parametro vitale dalla Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) ed è considerato, quindi, un segno clinico importante, al pari della Frequenza Cardiaca (FC), la Pressione Arteriosa (PA), la Temperatura Corporea (TC) e la Frequenza Respiratoria (FR), e successivamente è stato inserito l'obbligo di inserirlo in cartella.

Nonostante ciò il trattamento del dolore a volte è lasciato in secondo piano, e non viene trattato come si deve perché spesso non viene considerato una priorità.

Ci sono diversi motivi sia perché la gestione da parte degli infermieri è carente sia perché non è chiaramente descritto dal paziente. Si sono verificati episodi di inadeguata gestione del dolore che hanno influito sull'operato di tutti i professionisti, sul rapporto di fiducia tra operatore sanitario e persona assistita.

L'obiettivo di questa tesi è quello di andare a indagare l'importanza della gestione del dolore, le conoscenze e l'utilizzo delle scale di valutazione da parte del personale infermieristico che prestano servizio nell'AST 5 di Ascoli Piceno.

Il primo capitolo di questo elaborato vuol essere un'analisi della letteratura esistente soprattutto per quanto riguarda la difficoltà di trovare una definizione che meglio rappresenti un sintomo così soggettivo e i tipi di dolore.

Il secondo capitolo va a descrivere il ruolo e le responsabilità infermieristiche nella gestione dello stesso con le relative scale di valutazione, dal punto di vista giuridico e sia la terapia farmacologica da effettuare sia quella non farmacologica.

Il terzo capitolo della tesi è dedicato alla stesura del piano di indagine, con la definizione del problema, degli obiettivi dello studio, dei metodi e dei materiali utilizzati attraverso l'analisi e successivamente con il quarto e quinto capitolo con la discussione dei dati ottenuti dall'indagine, venendo descritte le conclusioni e proposte alcune strategie utili al nursing. È stato somministrato un questionario di valutazione al personale infermieristico con 21 domande a crocette di cui 1 a risposta libera.

Un'adeguata valutazione del dolore è fondamentale per ottenere un trattamento efficace e personalizzato.

Il dolore è un importante problema di salute pubblica in tutto il mondo ed ha un notevole impatto clinico, sociale ed economico, per questi motivi la sua identificazione e il suo trattamento devono avere un'elevata priorità da parte dei professionisti sanitari.

## **CAPITOLO 1: IL DOLORE**

### **1.1 DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE GENERALI DEL DOLORE**

L'International Association for the Study of Pain (IASP) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata o meno ad un danno tessutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di un simile danno." (Alberto Magni, 2016).

Il dolore negli ultimi anni rappresenta il quinto parametro vitale (Legge 38/2010), ed è l'unico, rispetto ai tradizionali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, frequenza respiratoria) che viene descritto in primis dal paziente (self-report), principale interlocutore capace di dare una "dimensione" alla sintomatologia algica, in termini di intensità e di interazione con le attività di vita quotidiana, in quanto in grado di alterare l'integrità fisica e psichica del paziente e produrre angoscia e preoccupazione ai suoi familiari, con un notevole impatto sulla propria e altrui qualità della vita. (Bettinazzi, 2019)

Il dolore è visto sia come "sintomo sia come "malattia".

Il sintomo è l'espressione di un processo patologico che si riscontra in diverse situazioni cliniche rappresentando una delle manifestazioni più importanti della malattia con una correlazione tra lesione determinata dalla patologia e sintomo.

(Caltanissetta e Buratti, 2022)

Il dolore "malattia" indica l'elemento costitutivo della malattia o malattia a sé stante dove la lesione e i processi patologici danno origine a meccanismi patogenetici che amplificano e mantengono il dolore colpendo la qualità di vita del paziente sia da un punto di vista fisico che psicologico, portando poi il paziente a disturbi depressivi e ad altri disturbi emotivi. (Caltanissetta e Buratti, 2022)

Una gestione inadeguata del dolore, non solo riduce la qualità di vita del paziente, ma crea anche un onere finanziario per il sistema sanitario e per la nostra società. (Bettinazzi, 2019)

Il dolore irrisolto è un problema di salute pubblica importante, ma evitabile e lo scopo non è quello di abolire completamente il dolore, ma di mantenerlo a un livello accettabile così da migliorare il comfort del paziente ed evitarne la cronicizzazione. (Bettinazzi,2019)

La valutazione del dolore prevede di documentare (Latina,2012):

l'intensità, la localizzazione, l'irradiazione, i fattori attenuanti o esacerbanti e la modalità di presentazione.

## **1.2 CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE**

In natura ci sono due tipologie o classi di dolore, a seconda dell'origine della lesione che determina lo stimolo algico: il dolore nocicettivo e dolore neuropatico. (Leontina la Pace, 2012)

Il dolore nocicettivo può a sua volta essere suddiviso in dolore nocicettivo infiammatorio e in dolore nocicettivo meccanico strutturale-poiché s'intende un dolore che origina da un danno tissutale (con esclusione del tessuto nervoso) e che determina un'attivazione dei nocicettori che sono rappresentati dalle terminazioni periferiche libere di neuroni sensitivi primari (nocicettori), i cui corpi cellulari sono localizzati nei gangli delle radici dorsali. (Di James C. Watson, 2022)

Nel caso del dolore nocicettivo infiammatorio a livello del tessuto si ha un danno che determina il rilascio dei mediatori dell'infiammazione (prostaglandine, citochine, istamina, bradichinina, interleuchine, serotonina, ecc.) che determinano una sensibilizzazione periferica del nocicettore tissutale. Il dolore nocicettivo infiammatorio si distingue dal dolore meccanico strutturale per la presenza di allodinia primaria con cui termine si intende il dolore evocato dall'applicazione su di un tessuto di uno stimolo non doloroso (una carezza, un tocco, una pressione), che risulta doloroso., mentre in altre parti del corpo non lo è affatto. (Di James C. Watson,2022)

Il dolore neuropatico invece è definito come "il dolore causato da una lesione o da una malattia del sistema nervoso somato sensoriale" ed è periferico quando la lesione e la malattia interessano il sistema periferico; è centrale quando a essere interessato è il sistema nervoso centrale.

Fondamentale per tipizzare il dolore come neuropatico è valutare l'integrità del sistema somato sensoriale, ossia l'integrità delle fibre coinvolte nella trasmissione dell'impulso doloroso dalla sede del dolore al midollo spinale. (Alberto Magni,2016)

Mediante un semplice strumentario (un batuffolo di cotone, una graffetta e una provetta di acqua calda) si possono valutare le tre vie di conduzione del sistema somato-sensoriale all'interno dell'area di dolore descritta dal paziente e qualora una dei tre stimoli valutati nell'area del dolore riferita dal paziente non venga percepito dallo stesso, l'integrità del sistema somato-sensoriale è compromessa e si pone pertanto il sospetto di dolore neuropatico. (Alberto Magni,2016)

Il dolore nasce pertanto a livello dei tessuti (somatici o viscerali) ed è caratterizzato dall'integrità del sistema somato-sensoriale deputato alla conduzione degli impulsi dolorosi che comprende: il nocicettore, il neurone di secondo ordine, le connessioni sinaptiche fino alla corteccia cerebrale. (Alberto Magni, 2016)

Il dolore viscerale proviene dagli organi interni contenuti nella cavità addominale. Solitamente, si tratta di un dolore intenso, diffuso, che può durare a lungo, difficile da localizzare in quanto le lesioni agli organi interni innescano spesso dolori cosiddetti "riferiti", cioè che vengono avvertiti dal paziente in aree che non coincidono con la sede della lesione. (Scrufari,2023)

Si distingue tra dolore viscerale superficiale e dolore viscerale profondo. Il primo, come dice la parola, viene avvertito in superficie, sulla cute, spesso in corrispondenza dell'organo affetto; il secondo intorno al viscere interessato da un processo patologico/inflammatorio. (Scrufari,2023)

Il dolore somatico superficiale è il classico dolore a livello della cute circoscritto in una certa area:

può manifestarsi immediatamente o dopo qualche tempo dallo stimolo doloroso. Si definisce ricorrente quando continua anche dopo lo stimolo doloroso che ha generato l'impulso. Tagli, scottature, infezioni della cute sono tra le possibili cause. Più difficile, invece, individuare e localizzare il dolore somatico profondo che proviene dai muscoli, dai tendini, dai legamenti, dalle ossa e dai vasi sanguigni. Questo tipo di dolore solitamente è meno acuto, ma anche meno localizzato e più durevole nel tempo. (Scrufari,2023)

Il dolore acuto è di breve durata che consiste in una lesione tissutale necessaria per allertare il corpo di possibili danni presenti nell'organismo ed è un dolore in cui è ben evidente il rapporto causa-effetto e si esaurisce quando si ripara il danno che l'ha prodotto mentre il dolore cronico invece viene definito in base alla durata che in genere supera i 3 mesi dove si instaurano modifiche biologiche, psicologiche e sociali che portano il quadro clinico del paziente in una condizione di complessità e ciò porta il dolore ad essere identificato come malattia. (Alberto Magni,2016)

Il dolore permanente invece è dovuto alla permanenza o alla ricorrenza dello stimolo algico, conservando le caratteristiche del dolore acuto. (Alberto Magni,2016)

## **CAPITOLO 2: GESTIONE E VALUTAZIONE DEL DOLORE**

### **2.1 LE SCALE DI VALUTAZIONE**

Nonostante la disponibilità di linee guida e raccomandazioni, nella realtà clinica si è ancora lontani da una situazione ottimale: numerose esperienze confermano come il dolore sia ancora oggi oggetto di scarsa attenzione. (Medical Net, 2019)

Il divario tra le conoscenze e gli strumenti disponibili e l'attitudine dei professionisti sanitari confermano un severo deficit nella valutazione, nella misurazione e nel trattamento del sintomo. (Medical Net, 2019)

Nella pratica clinica per la valutazione del dolore si utilizzano sia scale unidimensionali (NRS, VAS, VRS) che multidimensionali (MPQ, BPI, PAINAID). Le Scale Unidimensionali misurano solo l'intensità del dolore, mentre le Scale Multidimensionali valutano anche altri aspetti della sensazione dolorosa. (Fondazione ISAL, Ricerca sul dolore, 2018)

L'arco di tempo più appropriato per la misurazione varia a seconda delle circostanze: per la valutazione del dolore acuto o dolore post-operatorio in reparto, la misura istantanea è più indicata invece per il dolore cronico con le sue fluttuazioni giorno dopo giorno, è raccomandata una valutazione media nel corso delle settimane precedenti (da 1 a 4 settimane). (Webber, 2016)

La NRS o scala di valutazione numerica, è una scala di misurazione in cui la persona assistita indica l'intensità del proprio dolore verbalmente o disegnando un cerchio sul numero che meglio la descrive, questa scala ha un intervallo compreso tra i valori 0 e 10, corrispondenti rispettivamente a "nessun dolore" e "peggior dolore immaginabile". (Faraldo, 2016)



FIGURA 1 (Tapissani, 2020)

La scala VAS è costituita da una linea e alla persona assistita viene chiesto di marcare sulla linea il punto che indica l'intensità del proprio dolore. L'estremità sinistra della scala corrisponde a "nessun dolore", mentre la destra al "peggior dolore immaginabile" e il punteggio si ottiene misurando la distanza in millimetri dall'estremità sinistra della linea a quella destra. (Salute.M,2010)

La scala VAS presenta proprietà coerenti con la scala lineare, pertanto i punteggi possono essere trattati in termini di rapporto. Basandosi sulla distribuzione dei punteggi VAS riportati dagli assistiti, nel 2003 sono stati suggeriti i seguenti risultati (Salute.M,2010):

- da 0 a 4 mm: "nessun dolore";
- da 5 a 44 mm: "dolore lieve";
- da 45 a 74 mm: "dolore moderato";
- da 75 a 100 mm: "dolore severo".

## SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS) DEL DOLORE

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

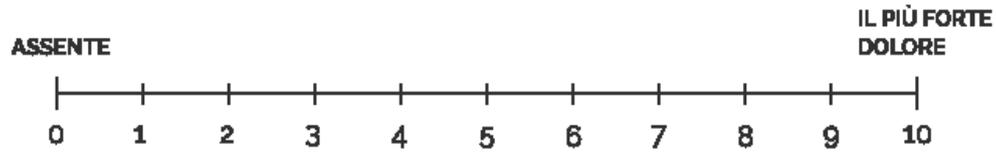


FIGURA 2 (Simeup, 2022)

La scala VRS comprende una lista di descrittori che identificano il grado di intensità del dolore: nessuno, lieve, moderato e grave ed esiste anche una versione con 5 descrittori del dolore: lieve, fastidioso, angosciante, terribile e atroce. (Cosmai,2017)

Essa è applicabile nella popolazione anziana, in pazienti con un basso livello culturale e con anziani e bambini con ridotte capacità di astrazione.

(Cosmai,2017)

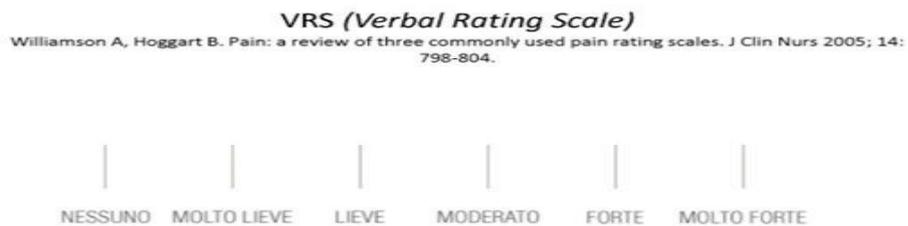


FIGURA 3 (Fisio science, s.d.)

La PAINAD si basa sulla valutazione oggettiva delle espressioni del volto, della vocalizzazione, della respirazione, del linguaggio del corpo e della consolazione, a

ciascuno dei quali viene assegnato un punteggio da 0 a 2, così da ottenere un punteggio totale da 0 a 10. (Cosmai,2017)

	Descrizione	Punteggio
<b>Respiro</b> <i>(indipendente dalla vocalizzazione)</i>	Normale	0
	Respiro a tratti alterato Brevi periodi di iperventilazione	1
	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes	2
<b>Vocalizzazione</b>	Nessuna	0
	Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative	1
	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto	2
<b>Espressione facciale</b>	Sorridente o inespressiva	0
	Triste ansiosa contratta	1
	Smorfie	2
<b>Linguaggio del corpo</b>	Rilassato	0
	Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza	1
	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a tratti	2
<b>Consolabilità</b>	Non necessita di consolazione	0
	Distratto o rassicurato da voce o tocco	1
	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura	2

FIGURA 4 (Fisio Science, s.d.)

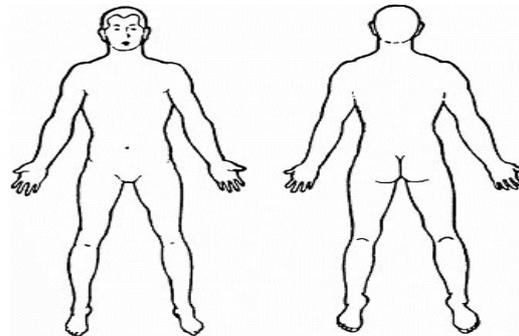
Il MPQ (McGill Pain Questionare) è una scala di valutazione creata nel 1971 utilizzata per descrivere e quantificare il dolore che il soggetto percepisce ed è utilizzata specialmente per pazienti affetti da cancro (polmoni, testa, prostata) ma anche per soggetti affetti dal classico Low Back Pain “il dolore percepito tra il margine inferiore dell'arcata costale e le pieghe glutee inferiori, con o senza dolore alla gamba” (Tratto da Fisio Science)

Il McGill Pain Questionare è composto da 78 parole, ciascuna delle quali descrive in modo dettagliato una sensazione dolorifica, suddivise in 4 categorie principali (Faraldo,2016): sensoriale (sezioni 1-10), affettiva (sezioni 11-15), valutativa (sezione 16) e varie (sezioni 17-20) e il soggetto a cui è somministrata dovrà quindi evidenziare le parole che meglio descrivono il proprio dolore.

**Mc Gill Pain Questionnaire**

Nome _____		Cognome _____		Data _____	
S (1-10)	A (11-15)	V (16)	M (17-20)	= Totale	(1-20)

- 1** (Sensitivi)
  - Tremolante
  - Vibrante
  - Pulsante
  - Che picchia
  - Battente
  - Martellante
- 2**
  - Salta qua e là
  - Fulmineo
  - E' come una molla che scatta
- 3**
  - Punge come uno spillo
  - Buca come un ago
  - Buca come un chiodo
  - E' come una pugnata
  - Lancinante
- 4**
  - Tagliente come una lametta
  - Tagliente come un coltello
  - Lacerante
- 5**
  - E' come un forte pizzicotto
  - Stringe
  - E' come un crampo
  - Rode
  - Schiacciante
- 6**
  - Stira
  - Tira
  - Contorce
- 7**
  - Caldo
  - Scotta
  - Brucia
  - Rovente
- 8**
  - Dà formicolio
  - Pizzica e irrita
  - Vivo
  - Acuto
- 9**
  - Dà indolenzimento
  - Bordo
  - Fa male
  - Dà sofferenza
  - Gravoso
- 10**
  - Sensibile al tocco
  - Feso
  - Raschia
  - Spezza
- 11** (Affettivi)
  - Stancante
  - Che esaurisce
- 12**
  - Nauseante
  - Soffocante
- 13**
  - Allarmante
  - Spaventoso
  - Terrificante
- 14**
  - Affligge, come una punizione
  - Prostrante
  - Crudale
  - Feroce
  - Micidiale
- 15**
  - Sgradevole
  - Accecante
- 16** (Valutativo)
  - Noioso
  - Disturbante
  - Penoso
  - Intenso
  - Insopportabile
- 17** (Misti)
  - Si propaga
  - Si diffonde a raggiera
  - Penetrante
  - Perforante
- 18**
  - Fasciante
  - Intorpidito
  - Tirante
  - Strizza
  - Strappante
- 19**
  - Fresco
  - Freddo
  - Congelante
- 20**
  - Seccante
  - Dà disgusto
  - Dà tormento
  - Terribile
  - Torturante



Segnare con **E** le zone in cui è presente dolore esterno, con **I** se è presente un dolore interno, con **EI** se è presente sia dolore esterno che interno  
 Associazione con altre sensazioni: segnare con **X** e specificare.

**Note:**

Per l'esaminatore  
 Leggere ad alta voce la CONSEGNA e spiegare.  
 Leggere ogni singola espressione spiegando il significato dei termini.

FIGURA 5 (Postura facile redazione, s.d.)

Il Brief Pain Inventory (BPI) o Breve Questionario per la Valutazione del Dolore (BQVD) è uno strumento originariamente sviluppato per valutare l'impatto e l'intensità del dolore nei pazienti oncologici-e viene chiesto al paziente di indicare un punteggio su una scala numerica che va da 0 "nessun dolore" a 10 "peggior dolore possibile" e di localizzarlo su una mappa corporea. (Faraldo,2016)

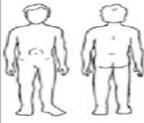
<p>▪ Ogni giorno la maggior parte di noi avverte dolore di volta in volta nell'arco della giornata (come ad esempio: leggero mal di testa, dolore articolare, dolore di denti). Oggi hai avuto dolori diversi da quelli sopracitati?</p>	<p>[SI] [NO]</p>
<p>▪ Nella figura colora la zona dove senti dolore. Metti una X sull'area dove il dolore è più intenso.</p>	
<p>• Dai un voto che meglio descrive il dolore più intenso nelle ultime 24h (0-10)</p>	<p>□□□□</p>
<p>• Dai un voto che meglio descrive il dolore più leggero nelle ultime 24h (0-10)</p>	<p>□□□□</p>
<p>• Dai un voto che meglio descrive il dolore medio nelle ultime 24h (0-10)</p>	<p>□□□□</p>
<p>• Dai un voto che meglio descrive il dolore che hai adesso (0-10)</p>	<p>□□□□</p>
<p>• Che trattamenti o medicine hai ricevuto per il dolore?</p>	<p>□□□□</p>
<p>• Nelle ultime 24 h quanto sollievo ti hanno dato queste cure? Segna una percentuale (0%-100%)</p>	<p>□□□□□</p>
<p>• Dai il voto (0-10) che descrive quanto, nelle ultime 24 h, il dolore ha interferito con:</p>	<p>□□□□</p>
<p>    <b>a.</b> attività generale</p>	<p>□□□□</p>
<p>    <b>b.</b> umore</p>	<p>□□□□</p>
<p>    <b>c.</b> capacità di camminare</p>	<p>□□□□</p>
<p>    <b>d.</b> lavoro (sia fuori che dentro casa)</p>	<p>□□□□</p>
<p>    <b>e.</b> relazioni con le persone</p>	<p>□□□□</p>
<p>    <b>f.</b> sonno</p>	<p>□□□□</p>
<p>    <b>g.</b> godimento della vita</p>	<p>□□□□</p>
<p>    <b>h.</b> capacità di concentrazione</p>	<p>□□□□</p>
<p>    <b>i.</b> appetito</p>	<p>□□□□</p>

FIGURA 6 (Cirulli, P, C, e Vitale, s.d.)

Per la valutazione del dolore nel paziente pediatrico, le tre metodologie quantitative più efficaci, efficienti e applicabili per età, tra le metodologie auto ed etero valutative risultano essere (Cosmai,2017):

- Scala FLACC per bambini d'età al di sotto dei 3 anni, o per bambini che per deficit motori o cognitivi non possono fornire una valutazione soggettiva del dolore;
- Scala con le facce di Wong-Baker per bambini d'età > 3 anni;
- Scala numerica per bambini d'età ≥ 8 anni.

## 2.2 NORMATIVE SUL DOLORE

Con la sottoscrizione, in data 24 maggio 2001 di un accordo su un documento di linee guida riguardante il progetto “Ospedale senza dolore”, nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, si intendeva dare una risposta ai bisogni di controllo del dolore di qualsiasi origine. (Melotti e Ivis, 2010)

Le linee guida prevedevano la costituzione di un Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD), con i seguenti compiti (Napoli, 2021):

- assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle Strutture Sanitarie e in particolare Ospedaliere;
- coordinare l'azione delle differenti equipe e la formazione continua dei professionisti sanitari;
- promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle Strutture Sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppiacei, in coerenza con le indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), assicurando inoltre la valutazione periodica del loro consumo;
- promuovere protocolli di trattamento delle differenti tipologie di dolore.

Nonostante l'idea progettuale fosse stata condivisa con le Regioni, nella realtà l'accordo ha trovato una scarsa applicazione; infatti, le Aziende Sanitarie che hanno attivato i COSD sono circa il 90% nel Nord, il 60% nel Centro e il 40% al Sud. (Melotti e Ivis, 2010)

La mancata realizzazione, nella quasi totalità del Paese, di quanto previsto dagli atti sopramenzionati non ha permesso di colmare le lacune nella risposta alle persone con dolore. (Webber,2016)

Le linee guida cliniche forniscono raccomandazioni basate sull'evidenza per l'assistenza sanitaria e sono sviluppate da esperti in campo medico al fine di standardizzare le pratiche cliniche e migliorare l'out-come dei pazienti. (Webber,2016)

Le scale del dolore vengono utilizzate come strumenti oggettivi per misurare e quantificare la percezione del dolore da parte del paziente e l'inclusione di queste scale nelle linee guida cliniche è importante per (Melotti e Ivis,2010):

- Standardizzazione della valutazione del dolore, ovvero, l'uso di scale consente un modo comune per misurare e documentare il livello di dolore e ciò aiuta a garantire una valutazione uniforme da parte dei professionisti sanitari.
- Comunicazione efficace, le scale facilitano la comunicazione tra i membri del team medico e migliorando la comprensione del livello di dolore del paziente.
- Monitoraggio nel tempo, consentono il monitoraggio nel tempo del livello di dolore del paziente ed è importante per valutare l'efficacia delle terapie e apportare eventuali aggiustamenti al piano di trattamento.
- Orientamento nelle decisioni terapeutiche, le linee guida cliniche forniscono raccomandazioni su come gestire il dolore in diverse situazioni cliniche. (Webber,2016)

## **2.3 RUOLO DELL'INFERMIERE NEL DOLORE**

Numerosi studi hanno confermato come un dolore non trattato abbia effetti negativi sulla prognosi nel breve e lungo termine: si allungano i tempi di guarigione, aumentano le complicanze e molteplici sono le sequele a distanza, sia da un punto di vista fisico che psicologico-emozionale. (Franca Benini,2019).

Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nella gestione del dolore, per via della loro stretta relazione con i pazienti; l'infermiere è la persona con la quale l'ammalato si relaziona più frequentemente, è la figura a cui sovente riferiscono le proprie ansie, paure e a cui chiedono informazioni. (Berardinelli,2019)

Gli infermieri, che si prendono cura dei pazienti sofferenti, sono coinvolti nella valutazione del dolore, nel suo monitoraggio, nella collaborazione interdisciplinare e nella gestione farmacologica della terapia antalgica. (Berardinelli,2019)

Tutti gli infermieri devono essere in grado di valutare e trattare il dolore e possedere un curriculum di competenze specifiche in merito, a carattere universale, ciò potrebbe migliorare notevolmente la gestione del dolore a livello internazionale. Il rapporto privilegiato che intercorre quotidianamente tra infermiere e paziente pone il professionista in una posizione cruciale e gli conferisce un ruolo fondamentale nel management del dolore. (Franca Benini,2019)

Secondo l'IASP all'infermiere nella gestione del dolore acuto e cronico compete (Berardinelli,2019):

-Identificare il paziente con dolore

-Effettuare una valutazione completa del dolore, incluso l'impatto sulla sua vita socio-familiare

-Compiere azioni per il controllo del dolore con rivalutazione dell'efficacia

Il ruolo dell'infermiere e la responsabilità che ne consegue nella valutazione e trattamento del dolore richiedono che vengano acquisite maggiori conoscenze specifiche riguardo: i meccanismi d'azione del dolore, l'epidemiologia, le possibili barriere al controllo del dolore, le condizioni associate che possono influenzare la percezione del dolore, metodi efficaci e riproducibili di rilevazione e trattamento. (Franca Benini,2019)

I principi che, secondo l'IASP, dovrebbero guidare la formazione infermieristica prevedono (Berardinelli,2019):

- La comprensione del dolore come fenomeno multidimensionale, biopsicosociale che include fattori sociali, psicologici e biologici
- La conoscenza della variabilità del dolore che può assumere diverse intensità (acuto, persistente, o combinazione di acuto e cronico) e dell'eziologia che può guidarne la valutazione e il trattamento
- La valutazione con metodi efficaci, validi e riproducibili come le scale di valutazione che devono essere adattate allo stato del paziente e alla sua condizione (neonati, pazienti con demenza)

- Il diritto di tutti i pazienti al miglior trattamento possibile con il coinvolgimento, se il paziente lo desidera, dei propri familiari
- La documentazione in maniera chiara ed univoca della rilevazione e del trattamento all'interno della cartella clinica
- L'educazione terapeutica al paziente e ai suoi familiari nel management del dolore come elemento fondamentale
- L'essenzialità degli infermieri come membri del team di pain management

Dare parola al dolore resta un imperativo e un dovere riconosciuto anche dal codice deontologico:

“L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili. Si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su specifica indicazione medica”. (Claudio Mameli,2019)

## **2.4 GESTIONE FARMACOLOGICA E NON DEL DOLORE**

La terapia del dolore è definita terapia antalgica o medicina del dolore con l'obiettivo di saper riconoscere, valutare e trattare nella maniera più consona la tipologia di dolore. Per contrastare il dolore sono diverse le tipologie e classi di farmaci che possono essere impiegate per trattarlo e la scelta del tipo di farmaco da impiegarsi nella terapia del dolore dipende soprattutto dall'intensità e dal tipo di dolore che affligge il paziente. (Randi,2022)

Ad esempio i Fans (farmaci antiinfiammatori non steroidei) vengono utilizzati nella terapia del dolore quando quest'ultimo è di grado lieve o moderato e questi farmaci generalmente oltre all'attività analgesica affiancano un'azione antiflogistica e antipiretica. (Randi,2022)

Gli analgesici oppioidi, ampiamente utilizzati nella terapia del dolore, sono particolarmente indicati quando lo stimolo doloroso è di grado da moderato a grave e svolgono la loro azione attraverso la stimolazione dei recettori oppioidi presenti all'intero del nostro organismo, infatti, questi particolari recettori sono localizzati sulle vie del dolore e il loro compito è proprio quello di mediare e trasmettere gli stimoli dolorosi. (Formaglio,2022)

Fra gli analgesici oppioidi maggiormente impiegati nella terapia del dolore troviamo la codeina, il tramadolo, il fentanil, la morfina e purché possano essere utilizzati nel trattamento del dolore di varia origine e natura, i suddetti principi attivi vengono considerati come i farmaci più importanti nel trattamento del dolore cronico di tipo oncologico. (Randi,2022)

Anche alcuni tipi di farmaci anticonvulsivanti si sono rivelati piuttosto efficaci nella terapia del dolore di tipo neuropatico. (Zuccaro,2006)

In particolare, il gabapentin e il pregabalin rientrano fra i principi attivi maggiormente impiegati in quest'ambito e attraverso l'interazione con i canali del calcio voltaggio-dipendenti presenti a livello del sistema nervoso centrale, sono in grado di ridurre il rilascio di neurotrasmettitori coinvolti nella modulazione e nella trasmissione dello stimolo doloroso. Alla classica terapia del dolore effettuata con farmaci, è possibile affiancare una terapia del dolore non farmacologica e questo tipo di approccio che si decide di intraprendere varia in funzione della tipologia di dolore cronico che deve essere trattato. (Zuccaro,2006)

Il dolore è un'esperienza sensoriale complessa e proprio grazie a questa complessità, oltre all'approccio farmacologico il controllo del dolore può avvantaggiarsi anche di altri approcci terapeutici non farmacologici, sia cognitivo-comportamentali, sia fisici, che agiscono a diversi livelli. (Gianfranco,2019)

Una tra le prime tecniche non farmacologiche per la gestione del dolore è l'agopuntura, tecnica terapeutica, che fa parte della Medicina tradizionale cinese, la cui efficacia a diversi livelli è ormai ampiamente documentata. (Bevilacqua,2017)

Attraverso la stimolazione di punti specifici si attivano tali canali e, di conseguenza, si produce una risposta da parte degli organi o apparati corrispondenti. In chiave più occidentale, i punti stimolati corrispondono a specifici punti del sistema nervoso la cui stimolazione induce il rilascio di diversi neurotrasmettitori. (Cassini,2021)

In ogni modo, l'applicazione dell'agopuntura nella terapia del dolore è supportata da un gran numero di studi clinici. La sua efficacia è però evidenziabile solo in alcune forme di dolore e non in altre: per esempio in alcune condizioni di dolore cronico, come quello nocicettivo muscoloscheletrico, l'agopuntura induce effetti positivi mantenuti anche a

lungo termine, mentre forme di dolore cronico idiopatico non rispondono nello stesso modo. (Bevilacqua,2017).

La chiropratica invece è un'altra tecnica che si avvale di interventi manuali che agiscono soprattutto a livello vertebrale con lo scopo di risolvere dolori acuti e cronici di varia natura. Si fonda sull'ipotesi che la corretta funzionalità della colonna vertebrale sia essenziale per la salute e il benessere dell'intero organismo. E questo perché essendoci un legame molto stretto tra tale struttura e il sistema nervoso qualsiasi alterazione a carico della prima si ripercuote sul secondo, con irritazioni e compressioni nel midollo e nei nervi spinali che si manifestano con sintomi come cervicalgia, dorsalgia, lombalgia, cefalea, dolori agli arti e difetti di movimento. (Gianfranco,2019)

Sebbene possa essere confusa con l'osteopatia, con la quale presenta molti punti di contatto, le due discipline sono differenti.

L'osteopatia è una tecnica terapeutica manuale nata negli Stati Uniti alla metà dell'Ottocento come alternativa all'utilizzo dei farmaci e della chirurgia. Secondo le teorie su cui si basa questo approccio, alcune tecniche manipolative sono in grado di sbloccare le capacità intrinseche del nostro organismo di autocurarsi. È quindi un metodo globale, sia di cura sia di prevenzione, che attraverso manovre specifiche tende a ristabilire la mobilità e l'armonia funzionale di tutte le strutture dell'organismo (ossa, articolazioni, muscoli, nonché organi viscerali, sistema nervoso e cardiocircolatorio) in modo da ripristinare l'equilibrio turbato da una condizione patologica e mettere l'organismo nelle condizioni migliori per poterla combattere. (Cassini,2021)

Esistono poi anche numerose tecniche di rilassamento che si sono rivelate utili, di caso in caso, nel migliorare il benessere, soprattutto negli stati di dolore cronico. (Graziottin,2019)

Infatti, il dolore e altri stress fisici e psichici in genere aumentano l'attivazione del sistema nervoso e peggiorano lo stato emotivo e la tensione muscolare. Tali conseguenze, soprattutto la tensione muscolare, hanno la capacità di auto alimentarsi, producendo così un circolo vizioso che porta a un aumento del dolore. Attraverso un buon rilassamento è possibile ridurre sia la tensione muscolare sia le risposte emotive negative, con conseguente riduzione progressiva del dolore e miglioramento dello stato di benessere.

Le tecniche possibili sono diverse, variano dallo yoga, alla musicoterapia, al training autogeno, alla respirazione profonda e altri ancora. Nessuna di queste tecniche è più efficace di un'altra in linea di principio, ma i risultati dipendono dalle preferenze del paziente e dalle sue capacità di mettere in atto correttamente la tecnica scelta e dalla costanza nell'applicarla. Solo una pratica quotidiana, continuata per diverse settimane sembra in grado di dare risultati soddisfacenti.

Inoltre esistono diverse evidenze riportate in letteratura della validità del massaggio nell'alleviare il dolore, soprattutto quello cronico, di origine non tumorale, e in special modo quello muscoloscheletrico, con effetti benefici spesso persistenti a lungo termine. (Rimedi e trattamenti non farmacologici sul dolore, 2019).

I meccanismi con i quali il massaggio produce tali effetti non sono chiariti del tutto, sebbene si ipotizzino diverse attività che possono interferire positivamente con il dolore: un'azione rilassante, il miglioramento dell'umore, la stimolazione del rilascio di serotonina (neurotrasmettitore coinvolto nella modulazione delle sensazioni dolorose), il miglioramento del sonno, con inibizione del rilascio di alcune sostanze algogene, e anche una "competizione" tra le stimolazioni positive indotte dal massaggio sui recettori pressori e quelle algiche sui nocicettori, che verrebbero inibite. È evidente che per essere efficace nel controllo del dolore il massaggio deve essere praticato da un terapeuta esperto che abbia dimestichezza con le tecniche di manipolazione adatte agli obiettivi terapeutici. (Rimedi e trattamenti non farmacologici sul dolore,2019)

Per il trattamento del dolore non farmacologico, la medicina si avvale anche di tecniche come la fisiochinesiterapia che racchiude diversi tipi di terapia fisica e manuale. (Grazziottin,2019)

Tra questi le tecniche di fisioterapia, che utilizzano stimolazioni fisiche (quali per esempio ionoterapia, elettrostimolazione, terapia con ultrasuoni, laser terapia, infrarossi ecc.), e quelle di chinesioterapia, ovvero la terapia attraverso il movimento (che può essere passivo, attivo, assistito, e via dicendo). È chiaro quindi che anche gli effetti che si possono ottenere attraverso l'applicazione di queste tecniche sono innumerevoli e l'azione antalgica può essere mediata da meccanismi diversi. Le tecniche specifiche vengono scelte a seconda del caso, in base alle condizioni del paziente e alla patologia che induce dolore: le indicazioni per questi trattamenti sono infatti molteplici, da condizioni acute

come le fratture, alle paralisi periferiche e centrali, alla lombalgia e alla scoliosi, all'osteoporosi, fino alle malattie croniche come le periartriti, ma ciascun metodo ha le sue indicazioni e controindicazioni specifiche. (Bevilacqua,2017)

Anche l'ozonoterapia viene messa in atto come tecnica non farmacologica per il trattamento del dolore. L'ozono è una forma molecolare dell'ossigeno composta da tre atomi (O<sub>3</sub>) che si forma dall'ossigeno (O<sub>2</sub>) per azione dei raggi ultravioletti. È normalmente presente nell'aria, in concentrazioni molto inferiori a quelle dell'O<sub>2</sub>

Infine, ma non con meno importanza, un'altra tecnica non farmacologica è l'elettrostimolazione. L'elettrostimolazione utilizza impulsi elettrici a bassa frequenza per stimolare le fibre muscolari e indurre una contrazione della muscolatura. (Grazziottin,2016)

Questa azione può essere sfruttata in terapia per prevenire o ritardare l'atrofia dei muscoli quando per diverse ragioni non vengono utilizzati, e ne incrementa nel contempo la potenza e la forza. L'elettrostimolazione può favorire la rieducazione dei muscoli al movimento, ma viene utilizzata anche per rilassare gli spasmi muscolari e incrementare la circolazione sanguigna. (Gianfranco, 2019)

## **CAPITOLO 3: LO STUDIO**

### **3.1 OBIETTIVO**

Indagare le conoscenze e l'utilizzo delle scale di valutazione da parte del personale infermieristico che prestano servizio nell'ospedale e nei distretti dell'AST 5 di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto.

### **3.2 MATERIALI E METODI**

#### ***3.2.1 Disegno di Studio***

È stato condotto uno studio di tipo osservazionale trasversale, monocentrico che non prevede approcci diagnostico-terapeutico.

#### ***3.2.2 Timing***

Lo studio si è svolto da febbraio 2024 a giugno 2024 presso AST di Ascoli Piceno. Prima dell'inizio dello studio è stata richiesta autorizzazione al Dirigente delle Professioni Sanitarie dell'AST 5, al Direttore Sanitario e ai Direttori delle UU. OO, informandoli circa le modalità e finalità dello studio. Solo dopo il loro consenso, e secondo le indicazioni e modalità da loro fornite, è stato avviato lo studio e sono stati inviati dei questionari online tramite la piattaforma di Google Moduli agli infermieri dell'Ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno e Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto e del Servizio Territoriale.

#### ***3.2.3 Criteri di inclusione***

Sono stati inclusi tutti i soggetti che rispondevano ai seguenti criteri di inclusione: gli infermieri che svolgevano attività lavorativa nei setting di studio, sia in regime di tempo pieno che parziale, a tempo determinato o indeterminato, delle unità operative

dell'Ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno dell'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto e gli infermieri del Servizio territoriale di Ascoli Piceno e San benedetto del Tronto.

### ***3.2.4 Criteri di esclusione***

Sono stati esclusi i professionisti sanitari ai contesti di raccolta dati durante il periodo di studio ma che non appartenevano alla categoria infermieristica, nonché tutti i professionisti sanitari che non hanno fornito il consenso informato.

### ***3.2.5 Campionamento***

È stato adottato un campionamento di convenienza, arruolando consecutivamente tutti gli operatori sanitari che nel periodo di riferimento incontravano i criteri di inclusione e che accettavano di partecipare sottoscrivendo il consenso informato.

### ***3.2.6 Descrizione dello strumento della raccolta dati***

Il questionario di raccolta dati era costituito da tre sezioni:

1. *dati sociodemografici*: età, genere, nazionalità, U.O. di appartenenza, titolo di studio, eventuali corsi di formazione post base.
2. la seconda parte “conoscitiva” è costituita complessivamente da 12 domande di seguito riportate:
  - 1) Ha effettuato corsi di formazione rivolti alla gestione e al controllo del dolore.
  - 2) Nella sua realtà operativa ritiene che il dolore della persona assistita sia individuato e valutato in maniera adeguata
  - 3) Nella sua realtà operativa si utilizzano scale di valutazione volte alla rilevazione del dolore nel paziente
  - 4) La rilevazione/ valutazione del dolore all'interno della sua unità operativa quando viene effettuata
  - 5) Quali interventi vengono messi in atto per il controllo e per la gestione del dolore
  - 6) Indicativamente in media nella sua attività lavorativa si è trovato in difficoltà nella gestione della sintomatologia dolorosa dei pazienti

- 7) Se si è trovato in difficoltà, perché?
  - 8) Indicativamente nei soggetti in cui la sintomatologia è nota, o quanto meno a volte è stata osservata o rilevata, è presente una terapia analgesica ad orari fissi.
  - 9) Indicativamente, in media, nei soggetti in cui la sintomatologia è nota, è presente in terapia una dose analgesica aggiuntiva chiaramente prescritta secondo sede, tempi e dosi.
  - 10) Nella sua attività lavorativa effettua sempre la rilevazione dell'efficacia della somministrazione di una terapia analgesica
  - 11) Ritieni che ci sono stati casi in cui la sintomatologia di persone assistite non sia stata rilevata e gestita in modo idoneo.
3. la terza parte è composta da una domanda a risposta libera, facoltativa, dove gli infermieri hanno potuto esprimere dei consigli per la gestione del dolore.

### ***3.2.7 Procedura dello studio***

Prima dell'inizio dello studio, la ricercatrice ha informato la Direzione, i Direttori e i Coordinatori delle U.O sulle finalità dello studio e concordato con loro le sedi e i tempi per la raccolta dati.

In ciascuna U.O. partecipante, lo stesso ricercatore è stato responsabile del reclutamento e ha illustrato lo scopo e le procedure dello studio ai potenziali partecipanti, distribuendo un questionario validato quale strumento per la raccolta dati inserendolo nella sezione “moduli” di Google Chrome per poi essere inviato come link tramite rete informativa interna. È stato garantito l'anonimato del partecipante.

### ***3.2.8 Considerazioni etiche***

Lo studio è stato avviato solo dopo aver ottenuto l'autorizzazione all'indagine da parte della Direzione e dei relativi Direttori a seguito della sottoscrizione del “consenso informato alla partecipazione volontaria allo studio” e del “consenso al trattamento dei

dati personali” (ai sensi del Codice in Materia di Dati Personali - Decreto Legislativo N. 196 del 30/06/03) da parte dei partecipanti. Il questionario è stato somministrato mantenendo l’anonimato.

### **3.3 Limiti**

Lo studio è stato condotto solamente nell’ AST 5 di Ascoli Piceno non permettendo quindi di poter svolgere un confronto del fenomeno con altre realtà. Lo studio inoltre ha mostrato un livello medio- basso di aderenza dato che, solamente il 30% degli infermieri hanno aderito al questionario stesso.

### **3.4 ANALISI DEI DATI**

Le variabili sono state sintetizzate tramite media, frequenze assolute (N) e percentuali (%).

Il software utilizzato è stato Microsoft Office Excel 2021 del pacchetto Microsoft Office, attraverso il quale è stato creato un database per l’inserimento e l’elaborazione dei dati raccolti, a cui ha fatto seguito la creazione di grafici rappresentativi.

### **3.5 RISULTATI**

#### **Caratteristiche socio-demografiche del campione**

Attraverso l’analisi statistica dei dati reperiti si evince che: il Response Rate è del 30%; il totale degli infermieri delle UU. OO coinvolte è di 500 di cui solo 150 hanno deciso di partecipare allo studio; pertanto, si evince che il 30% del campione arruolato ha deciso di partecipare all’indagine.

La fascia d’età adulta, compresa 50 anni in poi è quella che ha risposto con maggiore frequenza (n=45 30%) seguita da 30-40 anni (n=43, 28.7%).

Il genere femminile è risultato più rappresentato (n=118, 79.2%), rispetto a quello di sesso maschile (n=31, 20.8%).

La quasi totalità dei soggetti (n=145, 96,7%) ha nazionalità Italiana.

Per quanto riguarda i percorsi formativi, la laurea triennale è il titolo di studi più frequentata (n= 109,73,2%) seguito poi dal diploma regionale (n=40,26,8%).

La formazione post-base degli intervistati è rappresentata principalmente dal Master di primo livello (n=46,41,4%), seguito dalla Laurea Magistrale (n=18,16,2%), Master di II livello (n=4,4,6%) tuttavia la maggior parte del campione non ha voluto specificare la propria formazione (n= 43, 38,7%).

Inoltre la maggioranza degli infermieri intervistati (n=28,18,9%) lavora attualmente nell'Area Medica e nei Servizi Territoriali (n=25, 17,5%).

Dai dati analizzati il personale infermieristico interessato lavorava in reparti di Emergenza (n=32, 22,5%) e nei reparti di Medicina (n= 29, 20,4%) ma le maggiori risposte date non hanno voluto specificare l'unità operativa precedente (n=40, 28,2%).

Tabella n.1

<b>VARIABILI</b>	<b>FREQUENZA ASSOLUTA (n)</b>	<b>%</b>
<b>1) Età</b>		
20-30	31	20,7%
30-40	43	28,7%
40-50	31	20,7%
>50	45	30%
<b>2) Sesso</b>		
Femmina	118	79,2%
Maschio	31	20,8%
<b>3) Nazionalità</b>		

Italiana	145	96.7%
Polacca	1	0.7%
Risposte mancanti	4	2.7%
<b>4) Formazione Professionale di Base</b>		
Università	109	73.2%
Scuola professionale regionale infermiere	40	26,8%
<b>5) Corsi di formazione post base</b>		
Master di 1 livello	46	41,4%
Master di 2 livello	4	3,6%
Laurea Magistrale	18	16,2%
Non specificato	43	38,7%
<b>6) Unità operativa in cui lavora attualmente</b>		
Medicina	28	18,9%
Chirurgia	10	6,8%
Cardiologia	8	5,4%
Terapia intensiva Rianimazione	10	7%
Terapia intensiva Utic	12	8,4%
Pneumologia	8	5,6%
Oncologia	8	5,6%
Nefrologia/Dialisi	5	3,5%
Piastra Ambulatoriale	3	2,1%
Pediatria/Patologia	7	4,9%
Ambulatorio Terapia del Dolore	6	4,2%

Neurologia	5	3,5%
Servizi Territoriali	25	17,5%
Gastroenterologia	4	2,8%
<b>7)Unità operativa in cui ha lavorato precedentemente</b>		
Medicina	29	20,4%
Chirurgia	16	11,3%
Cardiologia	12	8,5%
Emergenza	32	22,5%
Terapia Intensiva	13	9,2%
Risposte non specificate	40	28,2%

### **Propensione alla partecipazione ad eventi formativi**

Nel' AST di Ascoli Piceno il 69,6% (n=103) degli intervistati ha dichiarato di non aver frequentato corsi di formazione rivolti alla gestione e al controllo del dolore in confronto all' 11,5 % (n=17) che hanno dato risposta positiva.

Il 10% (n=5) ha dichiarato che hanno svolto corsi ECM senza specificare il contesto, mentre il 4, 6% (n=7) ha riferito di aver svolto dei corsi sulla gestione del dolore oncologico, l'1,3% (n=2) hanno svolto dei corsi sulla gestione del dolore post-operatorio, il 2% (n=3) corsi sulla gestione del dolore in emergenza mentre il restante 0,6%(n=1) corsi sulla gestione del dolore pediatrico.

<i>ITEMS</i>	<i>FREQUENZA ASSOLUTA (n)</i>	<i>%</i>
<b>1) Ha effettuato corsi di formazione rivolti alla gestione e al controllo del dolore?</b>		
Si	17	11,5%
No	103	69,6%
Altro:		
Corsi ECM	15	10%
Corsi sulla gestione del dolore oncologico	7	4,6%
Corsi sulla gestione del dolore post operatorio	2	1,3%
Corsi sulla gestione del dolore in emergenza	3	2%
Corsi sulla gestione del dolore pediatrico	1	0,6%

**Conoscenze e interventi sulla valutazione del dolore nella propria UO e scale utilizzate**

Gli infermieri partecipanti all'indagine hanno dichiarato che nella propria unità operativa più di 1/3 (n=53,35,6%) valuta abbastanza adeguatamente il dolore della persona assistita, ma il 29,5% (n=44), ritiene che il dolore venga valutato poco rispetto alle linee guida:

<b>2) Nella sua realtà operativa ritiene che il dolore della persona assistita sia individuato e valutato in maniera adeguata?</b>		
Moltissimo	13	8,7%

Molto	28	18,8%
Abbastanza	53	35,6%
Poco	44	29,5%
Nulla	11	7,4%

Gli infermieri che hanno partecipato allo studio hanno dichiarato che il 29,7% (n=44) non utilizzano le scale di valutazione mentre il 23,6% (n=35) utilizzano la scala di valutazione specificando poi quali fossero le scale di valutazione maggiormente utilizzate. La maggior parte degli infermieri che hanno risposto positivamente dichiarano per il 38%, (n=57) utilizzano maggiormente la scala NRS.

<b><i>3) Nella sua realta' operativa si utilizzano scale di valutazione volte alla rilevazione del dolore nel paziente?</i></b>		
Si	35	23,6%
No	44	29,7%
Altro:		
NRS	57	38%
VAS	2	1,3%
PAINED	2	1,3%
WONG BAKER	1	0,6%
FLACC	1	0,6%
NPRS	3	2%
BPS	3	2%

Nelle U.O dell'AST di Ascoli Piceno, gli infermieri hanno dichiarato che per il 39,3% (n=59) rileva il dolore al momento della presa in carico del paziente, il 34% (n=51) rileva il dolore ad ogni cambio turno, mentre il 25,3% (n=38) rileva il dolore su richiesta della persona assistita.

<b>4) La rilevazione/valutazione del dolore all'interno della sua unita' operativa quando viene effettuata?</b>		
Ad ogni turno	51	34%
Al momento della presa in carico	59	39,3%
Su richiesta della persona assistita	38	25,3%
Mai	1	0,6%

È stato chiesto agli infermieri quali sono gli interventi che vengono messi in atto per la gestione del dolore. In questa sezione più della metà (n=137, 91,3%) ha dichiarato che l'intervento più usato sia la terapia farmacologica, il 16,7% (n=25), dichiara di attuare la terapia cognitivo

comportamentale contro il 15,3% (n=23), che sceglie di usare l'effetto placebo-

<b>5) Quali interventi vengono messi in atto per il controllo e per la gestione del dolore? (è possibile scegliere più di una risposta)</b>		
Terapia farmacologica	137	91,3%
Terapia non farmacologica	3	2%

Effetto placebo	23	15,3%
Terapie cognitive comportamentali	25	16,7%

### **Gestione del dolore e terapia antalgica**

Nella settima domanda è stato chiesto agli infermieri se si sono mai trovati in difficoltà a gestire il dolore nella loro realtà operativa. Più della metà, il 70% (n=105) ha confermato di trovarsi in difficoltà solamente in determinate situazioni proprio a causa di una mancata terapia antalgica come riportato nella domanda n.8 (n=102,77,9%) mentre il 15,3% (n=23), ha dichiarato di essere in difficoltà nella gestione del dolore più volte a turno anche perché ci sono defezioni sull'utilizzo di scale di valutazioni (n=14,10,7%).

<b>6) Indicativamente in media nella sua attività lavorativa si è trovata/o in difficoltà nella gestione della sintomatologia dolorosa dei pazienti?</b>		
Sempre	2	1,3%
Molte volte	23	15,3%
Qualche volta	105	70%
Mai	20	13,3%

<b>7) Se si è trovato in difficoltà, perché?</b>		
Mancanza di una terapia analgesica prescritta	102	77,9%
Utilizzo di scale di valutazione non appropriate al paziente	6	4,6%

Non utilizzo di strumenti di valutazione	14	10,7%
Mancata valutazione	9	6,9%

È stato chiesto poi al personale infermieristico se fosse presente una terapia analgesica ad orari fissi. Più della metà dei partecipanti allo studio, quindi il 60,4% (n=90) ha dichiarato la presenza di una terapia antalgica ad orari fissi e in caso di sintomatologia nota è prevista una dose aggiuntiva (n=94, 63,1%).

**8)Indicativamente, nei soggetti in cui la sintomatologia è nota, o quanto meno a volte e' stata osservata o rilevata, è presente una terapia analgesica ad orari fissi?**

Si	90	60,4%
No	59	39,6%

**9)Indicativamente, in media, nei soggetti in cui la sintomatologia è nota, è presente in terapia una dose analgesica aggiuntiva chiaramente prescritta secondo sede , tempi e dosi?**

Si, sempre	94	63,1%
Talvolta	7	4,6%
Mai	48	32,2%

### **Opinioni sull'efficacia di utilizzo di scale di valutazione e terapia antalgica**

L'85% (n=125) ha dichiarato che nella propria UO avviene il controllo e la valutazione dell'efficacia della somministrazione della terapia antalgica.

Secondo gli intervistati alla dodicesima domanda il 53% (n=80) hanno dichiarato che non si sono verificati casi in cui la sintomatologia dei pazienti non sia stata gestita in modo adeguato contro il 22,8% (n=34) che oltre a rispondere in modo positivo su questa

manca hanno elencato le cause principali tra cui la principale risulta la svalutazione della sintomatologia dolorosa 8% (n=12).

Nell'ultima domanda del questionario si è data la possibilità di consigliare suggerimenti per gestire al meglio il dolore del paziente ricoverato.

Essendo una domanda facoltativa soltanto 63 infermieri hanno dato una risposta. L' 8,6% (n=13) ritengono che per migliorare la gestione del dolore sia fondamentale più osservazione, dialogo ed ascolto nei confronti del paziente.

L'8,6% (n=13) ritengono che sia necessaria anche una terapia analgesica al bisogno per ogni paziente.

Il 5,3% (n=8) ritengono fondamentali la possibilità di eseguire più corsi di formazione.

<b><i>10) Nella sua attività lavorativa effettua sempre la rilevazione dell' efficacia della somministrazione di una terapia analgesica?</i></b>		
Si	125	85%
Qualche volta	4	2,6%
No	18	12%

<b><i>11) Ritiene che ci sono stati casi in cui la sintomatologia di persone assistite non sia stata rilevata e gestita in modo idoneo?</i></b>		
No	80	53,7%
Si	34	22,8%
Si, a causa di cosa?		
Mancanza di tempo	5	3,3%
Svalutazione della sintomatologia dolorosa	12	8%

Assenza di una terapia medica prescritta	8	5,3%
Assenza di protocolli per la gestione del dolore	10	6,6%

<i>Ha dei consigli utili per migliorare la gestione del dolore? (domanda facoltativa)</i>		
No	12	8%
Maggior osservazione, dialogo ed ascolto con il paziente	13	8,6%
Più corsi di formazione	8	5,3%
Nuovi protocolli per la gestione del dolore	6	4%
Collaborazione con altre figure sanitarie	5	3,3%
Terapia analgesica al bisogno per ogni paziente	13	8,6%
Compilare le scale del dolore per poterlo gestire al meglio	6	4%

## 4 DISCUSSIONE

Il presente studio nasce dalla necessità di valutare le conoscenze da parte del personale infermieristico sulla gestione del dolore e sull'utilizzo e la conoscenza delle scale di valutazione.

L'approccio olistico che caratterizza la professione infermieristica ed il rapporto che lega l'infermiere ed il paziente, sottolineano l'importanza che il professionista sanitario ha nel prendersi cura della persona e nel rispondere ad un reale bisogno. Il dolore, considerato negli ultimi anni non più come un sintomo, bensì come un problema multidimensionale che coinvolge molteplici aspetti di una persona, è proprio uno dei bisogni a cui l'infermiere deve rispondere quotidianamente.

L'ampio argomento del "problema dolore" richiede conoscenza, competenza e professionalità e tutti gli infermieri devono essere in grado di valutare e trattare il dolore in maniera ottimale ed autonoma.

Dai risultati emersi si evidenzia l'esigenza di attuare una corretta e valida pianificazione delle modalità di gestione del dolore.

Si nota che nella prima domanda della seconda parte "conoscitiva" del questionario, dove si chiedeva agli infermieri se avessero effettuato dei corsi di formazione rivolti alla gestione del dolore, il 69,6% (n=103) ha dato una risposta negativa alla domanda stessa, mentre nel secondo quesito con ben 29,7% (n=44) i professionisti sanitari dichiarano di non utilizzare le scale di valutazione per la rilevazione del dolore nel paziente

Per cui fondamentale è considerare che dalle linee guida si evince che la sintomatologia dolorosa deve essere inquadrata nel suo insieme, non solo nella sfera fisica ma anche in quella psicologica e sociale esaminando così la sofferenza dell'individuo e focalizzandosi sulla formazione del personale curante, per permettere di erogare un'assistenza fatta di conoscenze e competenze aggiornate e professionali.

Per tali ragioni una valutazione obiettiva grazie alle scale del dolore, codificate e valide, seguita da un approfondito colloquio sulla condizione emotiva e sociale del paziente,

rappresentano un momento critico e fondamentale per affrontare un appropriato trattamento.

Inoltre nel questionario emergono difficoltà nella gestione del dolore da parte dei professionisti sanitari. Il 70% (n=105) degli infermieri dichiara di aver avuto delle difficoltà nella gestione del dolore, di cui il 77,9% (n=102) pensano che la causa principale sia la mancanza di una terapia analgesica prescritta nonostante la prescrizione ad orari fissi.

Da queste risposte si evince che è presente una conoscenza differente del dolore nelle unità operative ma è bene avere una raccolta dei dati sull'efficacia della terapia somministrata, ma anche degli effetti collaterali che si sono manifestati in modo da poter osservare l'evolversi della situazione e concedere la possibilità di riorganizzare un piano di cura maggiormente indicato e adeguato al paziente;

È stato chiesto anche al personale infermieristico quando venisse effettuata la rilevazione del dolore nell'unità operativa di appartenenza, qui il 39,3% (n=59) dichiarano di rilevare il dolore solo al momento della presa in carico del paziente,. secondo le linee guida, il dolore è definito come quinto parametro vitale, per questo nelle unità operative deve essere valutato quotidianamente, all'ingresso, dopo la somministrazione di una terapia analgesica, per i primi 15 giorni del periodo di osservazione, ad ogni turno e ogni qualvolta in cui ci sono cambiamenti delle condizioni generali della persona e nella redazione e revisione dei progetti assistenziali individuali (PAI).

Nell'ultima parte del questionario è stato chiesto al personale infermieristico se ci sono stati casi in cui il dolore non sia stato rilevato in modo idoneo, qui il 53,7% (n=80) che ha dato risposta negativa e per alcuni le cause principali sono una svalutazione della sintomatologia dolorosa, mancanza di una terapia prescritta e assenza di protocolli riguardanti la gestione del dolore, per cui bisogna sensibilizzare l'educazione dell'équipe sanitaria all'interno del reparto, la quale possa comunicare in maniera efficace, costante e l'utilizzo di strumenti di misura, rilevazione e valutazione validi e consoni alla tipologia della persona che si ha di fronte.

## 5 CONCLUSIONE

Dai dati raccolti attraverso il questionario somministrato agli infermieri dell'AST di Ascoli Piceno è emerso come il dolore sia ancora un argomento poco conosciuto soprattutto per quanto riguarda la legislazione esistente e la sua corretta applicazione, come per la sua gestione infermieristica. La legislazione ha permesso l'istituzione di una medicina dei diritti e del concetto etico del "prendersi cura", dove il malato è al centro delle scelte riguardanti le proprie cure.

Nella mia esperienza da tirocinante posso evidenziare che il dolore da parte del personale sanitario sia sottovalutato e non adeguatamente gestito. Dalla mia esperienza dei tre anni posso constatare che c'è da parte del personale infermieristico una mancata compilazione delle scale di valutazione non solo per mancanza di tempo ma anche per scarsa conoscenza delle stesse.

Nonostante i pazienti che lamentano algia siano in crescita, i dati emersi mostrano che non si è ancora del tutto pronti ad affrontare questo nuovo parametro.

Accanto agli altri parametri, il dolore dovrebbe essere considerato alla pari delle altre, in quanto una persona che soffre ha una qualità della vita significativamente ridotta, è limitata nelle attività e nella capacità di concentrazione.

Il ruolo attuale degli Infermieri come professionisti autonomi dell'assistenza deve assolutamente passare attraverso la condivisione di protocolli di trattamento anche farmacologico ed in tale ottica gli aspetti assistenziali relativi al controllo del dolore ne sono un esempio.

I primi trattamenti ad una persona con dolore non sono mai di tipo farmacologico ma sempre di tipo assistenziale (nursing) ed è la continuità assistenziale la spina dorsale di qualsiasi procedura che ambisca ad un minimo di efficacia. Sarebbe auspicabile e raccomandabile sviluppare maggiormente e meglio questo tipo di approccio nella realtà Italiana.

Nel questionario di valutazione somministrato ai professionisti sanitari è stato chiesto, in modo facoltativo, di dare dei consigli utili per saper gestire al meglio il dolore.

È emersa l'esigenza di corsi di formazione che vadano a sensibilizzare la conoscenza e gestione del dolore.

Altrettanto si rendono utili la stipula di nuovi protocolli e con la presente tesi, a seguito dei negativi risultati ottenuti dalle interviste degli infermieri si vuole esporre l'idea di un protocollo da attuare in collaborazione con l'equipe medica e infermieristica.

Si potrebbe creare un protocollo che prevede la somministrazione di analgesici dall'infermiere dopo una accurata valutazione e registrazione del sintomo dolore. L'idea ispiratrice è quella di poter essere efficaci con il minimo dispendio di risorse e con la massima sicurezza in ogni momento della procedura.

Come giustamente recita un proverbio cinese: "L'apprendimento è un tesoro che seguirà il suo proprietario ovunque". Per far sì che ogni professionista sia in grado di mettere in atto tutte le misure e possa utilizzare gli strumenti che gli vengono messi a disposizione per lavorare al meglio garantendo una degna assistenza, ci sono dei concetti che devono essere necessariamente ben assimilati con lo studio. Soltanto una piena conoscenza di essi permette di raggiungere la consapevolezza professionale attraverso la quale decidere quale strumento utilizzare e che sia il più appropriato per il paziente che si ha davanti.

Attualmente, il giusto trattamento del dolore non può più essere un problema da risolvere, ma una priorità assistenziale nella cura della persona.

## **Bibliografia**

- Alberto Magni, P. L. (2021). La diagnosi di dolore: il metodo SIMG. *Società Italiana di Medicina Generale* , 7.
- Berardinelli. (2019). Gestione del dolore acuto e cronico. *Tratto da Nurse 24*.
- Bettinazzi, I. G. (2019). La rilevazione del Dolore .
- Bevilacqua. (2017). Terapia non farmacologica per curare il dolore,32.
- Caltanissetta e Buratti. (2022). Dolore Viscerale. *Tratto da Maugeri*.
- Cassini. (2021). Terapia del dolore.
- Cosmai. (2017). Le scale di misurazione del dolore e le diverse fasce di età. *Tratto da rivista Infermiere Online*.
  
- Di James C. Watson, M. M. (2022). Panoramica sul dolore.
- D'Amico, E.M. (2022). Dolore Neuropatico, La valutazione del dolore nel paziente adulto con diagnosi di disabilità intellettiva: validazione di uno strumento. *Tratto da Pain Nursing*, 9.
- Formaglio, F. (2022). Il dolore fratturativo: focus sui farmaci: *Tratto da Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa*,2.
- Franca Benini, E. C. (2019). Cure Palliative. *Tratto da Rivista Italiana di Cure Palliative*.
- Gianfranco, F. (2019). Tecniche complementari per il trattamento del dolore: *Tratto da Nurse 24*.
- Grazziottin, A. (2019). I benefici della tens: *Tratto da Fondazione per la cura del dolore*, 3.

- Guido Fanelli, G. G. (2012). Dolore in Italia, analisi della situazione. *Tratto da proposte operative.*
- Latina, R. (2012). La valutazione del dolore: un parametro di vita necessario. *Tratto da Pain Nursing Magazine,5.*
- Latina, R., & Paterniani, A. (2021). Aspetti culturali di base nella gestione del paziente con dolore: non solo infermieristica. *Tratto da Pain Nursing Magazine, 6.*
- Laura Montanari (2019). Fisio science. *Tratto da <https://www.fisioscience.it/scale-valutazioni/scala-vrs>.*
- Laura Montanari (2019). Fisio Science. *Tratto da <https://www.fisioscience.it/scale-valutazioni/painad-pain>.*
- Legge n.38 (2010). Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Pubblicata in gazzetta ufficiale n.65 del 19 marzo 2010.
- Leontina la Pace, A. D. (2012). Il dolore Nocicettivo. *Tratto da [https://www.info.asl2abruzzo.it/files/pacchetto\\_mmg\\_il-dolore-neuropatico.pdf](https://www.info.asl2abruzzo.it/files/pacchetto_mmg_il-dolore-neuropatico.pdf)*
- Melotti, R. M., & Ivis, S. (2010). La rete della terapia del dolore: *Tratto dalla rivista il dolore cronico in medicina generale,7.*
- Napoli, U. d. (2021) Linee guida per la realizzazione: “Ospedale senza Dolore” .*Tratto da Linee Guida Cosd\_pdf,8.*
- Novellino, E. (2018). Farmaci oppioidi e cannabis nella terapia del dolore . *Tratto dal libro Farmaci oppioidi e cannabis nella terapia del dolore, 242.*
- Randi, I. (2022). Cannabis per uso terapeutico.
- Randi, I. (2022). Terapia del dolore.
- Rebellato M, Torresan M. Fondazione Paolo Procacci. *La valutazione del dolore nel paziente con deficit cognitivi. (2015)*
- Rimedi e trattamenti non farmacologici sul dolore.(2019). *Tratto da <https://www.nientemale.it/enciclopedia/rimedi-e-trattamenti-non-farmacologici-del-dolore>.*

- S. Egman, Capello, M. Ziino, F. Marchese, S. Giammona, & L. Rosario. (2012). L'Infermiere e l'Interculturalità: La Realtà Quotidiana. *Tratto da Pain Nursing*,7.
- Salute, M. d. (2010). Il dolore cronico in medicina generale.
- Scala Vas. (s.d.). *Tratto da <https://www.fisioscience.it/scale-valutazioni/scala-vas-visual-analoguescale>.*
- Scala Vas. (s.d.). *Tratto da <https://www.fisioscience.it/scale-valutazioni/scala-vas-visualanalogue-scale>.*
- Scrufari, V. (2023). Dolore Viscerale.
- Webber. (2016). Gestione del dolore: le scale validate e più utilizzate: *Tratto da Nurse* 24.
- Zuccaro, P. (2006). L'utilizzo dei farmaci analgesici nella terapia del dolore: *Tratto da Rivista Italiana di cure palliative*,25.

## ALLEGATI

### LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE CON DEFICIT COGNITIVI QUESTIONARIO INFERMIERI

#### 1 DOMANDA

- 1) Et : Dai 20 ai 30 anni
- 2) Dai 30 ai 40 anni
- 3) Dai 40 ai 50 anni
- 4) Oltre i 50 anni

#### 2 DOMANDA

Sesso: M F

#### 3 DOMANDA

Nazionalit : \_\_\_\_\_

#### 4 DOMANDA

Formazione professionale di base:

- 1) Scuola professionale regionale Infermiere
- 2) Universit 

#### 5 DOMANDA

Ha effettuato ulteriori corsi di formazione post base?

- 1) Master I livello
- 2) Master II livello
- 3) Laurea specialistica

#### 6 DOMANDA

Unità lavorativa in cui lavora attualmente:

- 1) Medicina
- 2) Chirurgia
- 3) Cardiologia
- 4) Terapia intensiva
- 5) Emergenza
- 6) Altro \_\_\_\_\_

#### 7 DOMANDA

Unità lavorative presso le quali ha lavorato precedentemente (ambito/specialità):

- 1) Medicina
- 2) Chirurgia
- 3) Cardiologia
- 4) Terapia intensiva
- 5) Emergenza
- 6) Altro

#### 8 DOMANDA

Ha effettuato corsi di formazione rivolti alla gestione e controllo del dolore?

Si \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No

#### 9 DOMANDA

Nella sua realtà operativa ritiene che il dolore della persona assistita con deficit cognitivi è individuato e/o valutato in maniera adeguata?

- 1) Nulla
- 2) Poco
- 3) Abbastanza
- 4) Molto
- 5) Moltissimo

#### 10 DOMANDA

Nella sua realtà operativa si utilizzano delle scale di valutazione volte alla rilevazione del dolore?

Si \_\_\_\_\_  
No

#### 11 DOMANDA

La rilevazione/valutazione del dolore all'interno della sua unità operativa nel soggetto con deterioramento cognitivo lieve/moderato quando viene effettuata? (è possibile scegliere più di una risposta)

- 1) Al momento della presa in carico
- 2) Ad ogni turno
- 3) Su richiesta della persona assistita
- 4) Altro

#### 12 DOMANDA

La valutazione del dolore che effettua solitamente rende possibile l'applicazione di interventi infermieristici programmati e personalizzati per il singolo individuo?

- 1) Nulla
- 2) Poco
- 3) Abbastanza
- 4) Molto
- 5) Moltissimo

#### 13 DOMANDA

Quali interventi vengono messi in atto per il controllo/gestione del dolore? (è possibile scegliere più di una risposta)

- 1) Effetto placebo
- 2) Terapie cognitive/comportamentali
- 3) Terapia farmacologica
- 4) Altro \_\_\_\_\_

#### 14 DOMANDA

Indicativamente, in media, nella sua attività lavorativa si è trovata/o in difficoltà nella gestione della sintomatologia dolorosa?

- 1) Mai
- 2) Qualche volta
- 3) Molte volte
- 4) Sempre

#### 15 DOMANDA

Se si è trovata/o in difficoltà perché:

- 1) Mancata valutazione
- 2) Non utilizzo di strumenti di valutazione
- 3) Utilizzo di scale di valutazione non appropriate al paziente
- 4) Mancanza di una terapia analgesica prescritta

#### 16 DOMANDA

Indicativamente, in media, nei soggetti in cui la sintomatologia è nota, o quanto meno a volte è stata osservata/rilevata, è presente una terapia analgesica ad orari fissi?

- 1) Sì
- 2) No

#### 17 DOMANDA

Indicativamente, in media, nei soggetti in cui la sintomatologia è nota, o quanto meno a volte è stata osservata/rilevata, è presente in terapia una dose analgesica aggiuntiva chiaramente prescritta secondo sede, tempi e dosi?

- 1) Sì
  - 2) No
  - 3) Altro
- 

#### 18 DOMANDA

Nella sua attività lavorativa effettua sempre la rilevazione dell'efficacia della somministrazione di una terapia analgesica?

- 1) Sì
  - 2) No
  - 3) Se no, perché?
- 
- 
- 

#### 19 DOMANDA

Ritiene che ci sono stati casi in cui la sintomatologia dolorosa di alcune persone assistite non sia stata rilevata e gestita in modo idoneo?

- 1) Sì
- 2) No