

INDICE

INTRODUZIONE	1
OBIETTIVI	1
1 MATERIALI E METODI	2
1.1 FONTI DEI DATI	2
1.2 CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE	2
1.3 PAROLE CHIAVE	2
1.4 LIMITI DELLA RICERCA	3
2 PALLIATIVE WOUND CARE	3
3 VALUTAZIONE DEL DOLORE NELLE LESIONI E PRINCIPALI FERITE DOLOROSE	4
3.1 FERITE AUTOIMMUNI	5
3.2 USTIONI	7
3.3 ULCERE VENOSE O ARTERIOSE DELLE GAMBE	8
3.4 ULCERE DA PRESSIONE	10
3.5 ULCERE DIABETICHE	13
3.6 FERITE CRONICHE NON GUARIBILI	15
4 UMANIZZAZIONE DELLE CURE	17
4.1 TIPI DI DOLORE	19
4.2 DOLORE ARRECATO DALLA FERITA	21
4.3 SCALE DI RILEVAZIONE	24
4.4 COMFORT E ANALGESIA	28
5 PERCORSO ASSISTENZIALE	35
5.1 COME VIENE GESTITO IL DOLORE PROCEDURALE A MEDICAZIONE DELLA FERITA NELLE CURE DOMICILIARI E AMBULATORI DI FERITE DIFFICILI NELLA PROVINCIA DI PESARO URBINO	35
5.2 QUESTIONARIO SULLA GESTIONE DEL DOLORE PROCEDURALE DA MEDICAZIONE DELLA FERITA	38
5.3 RISULTATI	39

6	DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	45
7	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	47
	ALLEGATI	51

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, sono aumentate le prove che l'esperienza di vivere con una lesione cronica ha un impatto importante sulla qualità della vita di una persona. Il dolore è uno dei sintomi che gli assistiti trovano particolarmente angoscianti. Gli infermieri che operano nel *wound care* stanno sempre di più riconoscendo l'importanza di affrontare il problema del dolore delle ferite, come evidenziato dal documento di posizione dell'European Wound Management Association (EWMA) sul dolore e il documento di consenso della World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) nel 2004. La gestione del dolore nelle ferite croniche inizia con una corretta valutazione, segnalazione e documentazione delle esperienze di dolore dell'assistito da parte del professionista sanitario. La valutazione dovrebbe essere fondata su sei dimensioni dell'esperienza del dolore: posizione, durata, intensità, qualità, insorgenza e impatto sulle attività della vita quotidiana. La gestione olistica si basa sulla combinazione di approcci psicosociali insieme alla gestione del dolore locale e sistemico. Non è ammissibile ignorare o documentare in modo inadeguato il dolore persistente della ferita e non intervenire con una strategia di trattamento e monitoraggio per migliorare la vita degli assistiti con ferite croniche. A meno che il dolore della lesione non sia gestito in modo ottimale, la sofferenza del paziente tende ad aumentare insieme ai costi per i sistemi sanitari (Price et al., 2007).

OBIETTIVI

Dall'esperienza dell'attività formativa pratica presso le Cure Domiciliari di Mondolfo emerge l'importanza di valutare e alleviare il dolore durante la procedura di medicazione della ferita. Dallo studio della letteratura scientifica si evince una disciplina sulla Cura Palliativa delle Ferite, *The Palliative Wound Care*, che ha come scopo di promuovere il benessere e migliorare la qualità di vita della persona, prima che guarire la ferita. Il fine dello studio è individuare quanto il processo di medicazione arreca dolore alla persona, ed eventualmente intervenire con un approccio analgesico per alleviarlo. È stato somministrato un questionario presso le cure domiciliari e gli ambulatori di ferite difficili nella provincia di Pesaro-Urbino, al fine di osservare come gli infermieri rilevano e trattato il dolore durante il processo di medicazione della Ferita.

1 MATERIALI E METODI

1.1 Fonti dei dati

L'elaborato è stato svolto tramite una revisione narrativa della letteratura, attraverso l'utilizzo di banche dati scientifiche digitali: PubMed e il motore di ricerca Google Scholar. Al fine di avere un'osservazione d'insieme dell'argomento sono state consultate anche i siti internet www.fnopi.it, www.ministerodellasalute.it, www.gazzettaufficiale.it, le linee guida e linee di indirizzo per trattare il dolore, i libri di testo "Trattato di cure infermieristiche III edizione" a cura di Anna Brugnolli e Luisa Saiani, "Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche, manuale per l'infermiere" a cura di Claudia Caula e Alberto Apostoli, i power point dei corsi di studi di infermieristica generale e teorie del nursing e farmacologia. Infine, è stato inserito un questionario rivolto alle persone con dolore procedurale da medicazione della ferita, nelle cure domiciliari e ambulatori di ferite difficili nella provincia di Pesaro Urbino, su un campione di 42 assistiti, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria garantendo l'anonimato e il rispetto della privacy. I dati dei questionari sono stati elaborati con il software di foglio di calcolo Excel, i risultati ricavati sono stati analizzati e sintetizzati attraverso l'utilizzo di grafici e tabelle.

1.2 Criteri di inclusione/esclusione

Criteri di inclusione:

- Lingua di pubblicazione: Italiano
- Limiti di tempo: pubblicazioni dal 2003 in poi.
- Tipologia degli articoli: libri, linee guida, linee di indirizzo, videoconferenze, revisioni, revisioni sistematiche, studi osservazionali, studi sperimentali.

Criteri di esclusione:

- Articoli non attinenti alla ricerca

1.3 Parole chiave

Le parole chiave utilizzate per la ricerca bibliografica sono: Palliative wound care, difficult wounds, wound pain, autoimmune wound, burns, vascular ulcers, diabetic ulcers, pressure injuries, non-healable wounds, humanization of care, pain detection scales,

wound pain, neuropathic pain, nociceptive pain, assessment of pain in chronic wounds, pain management nursing, guidelines on the management of acute pain, comfort, analgesia, pharmacological treatment, pharmacologic therapy, pharmacological interventions on pain in wound, non-pharmacological interventions on pain in wound.

1.4 Limiti della ricerca

La ricerca eseguita presenta dei limiti, in quanto la letteratura riguardante il tema “the palliative wound care”, ossia la cura palliativa delle ferite, deve essere ancora ben esplorata dagli studi clinici. Per questo, infatti, si è dovuto ampliare l’arco temporale della ricerca dagli ultimi dieci anni agli ultimi venti anni al fine di trovare i capi saldi della materia.

2 PALLIATIVE WOUND CARE

Le ferite croniche possono richiedere cure palliative, che non si focalizzano esclusivamente sulla guarigione come nella cura standard delle ferite. È richiesto un approccio più specifico per la persona al fine di affrontare le condizioni della ferita (Sezgin et al., 2023). Le cure palliative della ferita si concentrano sulle strategie che forniranno all’assistito il miglior controllo possibile dei sintomi, come dolore, comfort della medicazione, odore, essudato, infezione, sanguinamento e riduzione dell’impatto negativo psicosociale (Chrisman C. A., 2010). Lo scopo nelle persone in fin di vita non è più la guarigione delle lesioni, ma piuttosto l’alleviamento dei sintomi; questo è definito *palliative wound care*. Tale metodologia migliora anche la stabilità psicologica nei pazienti, così come il loro benessere fisico, e facilita altri aspetti delle cure terminali. Pertanto, con un aumento della domanda e importanza delle cure di fine vita nei sistemi sanitari, c’è una crescente richiesta di infermieri che abbiano competenza nella gestione delle cure palliative delle ferite, portando alla continua pubblicazione di studi correlati. Nella ricerca di Emmons e Lachman (2010, citato da Lee & Chang, 2022, p.10), è stata condotta un’analisi concettuale per rendere il significato di cure palliative delle ferite più facile da utilizzare nei contesti clinici e di ricerca. I due ricercatori hanno definito le cure palliative delle ferite come un approccio olistico integrato alle cure che affronta la gestione dei sintomi, è interdisciplinare/multidisciplinare, ed è guidato dagli obiettivi del

paziente/della famiglia che considera il benessere psicosociale delle persone nelle cure per migliorare la loro qualità di vita. La disciplina *the Palliative wound care* si sta diffondendo attraverso studi, libri, riviste scientifiche, linee guida, percorsi formativi che consentono una maggiore conoscenza da parte dei professionisti su tale tematica, oggi giorno così rilevante. Tuttavia, poiché alcune di queste fonti trasmettono solo conoscenze teoriche, è difficile per gli infermieri non specializzati nell'ambito, attuarli nella pratica assistenziale. Si è constatato che tali approcci aumentano la soddisfazione del personale sanitario poiché incoraggiano la comunicazione all'interno della cura incentrata sulla persona. Per promuovere la cooperazione multidisciplinare nella cura palliativa delle ferite, è necessario promuovere conferenze o fornire formazione al fine di garantire una comunicazione fluida e un pensiero unificato tra le discipline, nonché sviluppare strumenti e sistemi per una comunicazione efficiente. Per somministrare efficacemente la cura palliativa delle ferite agli assistiti terminali, gli infermieri devono considerare tale trattamento in modo globale che includa la progressione della malattia o delle malattie del paziente man mano che va incontro alla morte. *Palliative wound care* è un approccio olistico e integrato al trattamento per alleviare i sintomi dei pazienti con ferite croniche e migliorare la loro qualità di vita, indipendentemente dal fatto che le loro ferite possano essere curate o meno (Lee & Chang, 2022).

3 VALUTAZIONE DEL DOLORE NELLE LESIONI E PRINCIPALI FERITE DOLOROSE

La persona con ferita cutanea deve essere sottoposta ad un inquadramento clinico generale in quanto la presenza di dolore può alterare i parametri vitali dell'assistito. È necessario individuare e trattare le patologie di base e le comorbilità presenti come: diabete, cardiopatie congestizie, B.P.C.O, evoluzione di malattie autoimmuni, malattie infettive sistemiche, insufficienza renale avanzata di varia eziologia, osteoartrosi e artrite, politrauma, neoplasie ecc., che potrebbero aumentare il dolore o essere loro stesse aggravate dalla sintomatologia algica. Nel dolore da ulcera devono essere individuati quei quadri clinici che generano sofferenza, per poi stabilirne l'eziologia (ischemia periferica, malattie autoimmuni, ipertensione, patologia oncologica cutanea), le possibili complicanze in atto (infezione dell'ulcera, compromissione della cute peri lesionale,

edema da stasi dell'arto inferiore), la causa iatrogena (tecnica di medicazione traumatica o medicazione incongrua) e la soggettività esperienziale (disagio psicologico ed emotivo). È inoltre necessario definire la diagnosi eziologica dell'ulcera e stabilire la causa del dolore è fondamentale per determinare l'approccio terapeutico locale e sistemico da attuare. Al fine di ottenere ciò, bisogna valutare:

- aspetto della lesione: tessuti ed essudato
- alterazioni della cute perilesionale
- segni di colonizzazione/infezione, locale/sistemici
- tempo di insorgenza della ferita
- eziologia della ferita
- condizioni sociali ed abitative della persona
- aspetto psicologico/emotivo
- presenza e grado di compliance
- storia clinica relativa alla ferita e al dolore. (Furlini et al., 2010)

Come enunciato dalla Dott.ssa Angela Peghetti in occasione della 40° Edizione del congresso nazionale dell'AISD (Associazione italiana per lo studio del dolore) a Roma nel 2017, "Le lesioni cutanee che principalmente provocano dolore sono le ferite autoimmuni, perché hanno una elevata sensibilità e provocano molto dolore sia nel periodo che intercorre tra una medicazione e l'altra, che durante il cambio di medicazione. Seguono le ustioni e successivamente le altre tipologie di lesioni" (Peghetti, 2017).

3.1 Ferite Autoimmuni

La normale guarigione delle ferite si compone di quattro fasi sovrapposte (Figura 1) che progrediscono in serie indipendentemente dall'eziologia della ferita per ottenere il ripristino della funzione di barriera cutanea. Le ferite croniche si arrestano nella fase infiammatoria, non essendo in grado di passare alla fase di proliferazione con contemporanea sovra regolazione dell'angiogenesi (formazione di nuovi vasi) e

deposizione della matrice di sostegno del tessuto sottocutaneo. Le interazioni tra i numerosi percorsi che contribuiscono allo stato infiammatorio nelle ferite croniche sono ancora poco comprese; tuttavia, eziologie cliniche come vasculiti, ferite autoimmuni, insieme a coagulopatie, dovrebbero essere prese in considerazione negli assistiti che presentano ferite croniche refrattarie. Mentre ampi studi epidemiologici mostrano che fino al 79,7% delle ulcere alle gambe ha un'eziologia vascolare (venosa, arteriopatia periferica o mista), il 20-23% dei pazienti ha lesioni da altre eziologie più complesse tra cui vasculite, pioderma gangrenoso e altre malattie autoimmuni. È fondamentale che gli esperti di wound care riconoscano il contributo che la disfunzione immunitaria gioca nel ritardo della guarigione (Shanmugam et al., 2017). Le malattie autoimmuni del tessuto connettivo sono un gruppo di disturbi caratterizzati da una struttura o funzione anomala di uno o più elementi dei tessuti connettivi. Esse comprendono il lupus eritematoso, la dermatomiosite, la sindrome di Sjögren, l'artrite reumatoide e la sclerosi sistemica. Il segno patofisiologico delle malattie autoimmuni del tessuto connettivo è l'attivazione del sistema immunitario adattativo contro gli antigeni, con conseguente rilevamento di autoanticorpi (autoAb) (prodotti dai plasmatici, lo stato più maturo delle cellule B) o cellule T specifiche per l'autoantigene. Le lesioni cutanee nelle malattie autoimmuni del tessuto connettivo, in particolare nel lupus erimatoso, sono generalmente separate in due gruppi, in seguito a un'attenta valutazione morfologica, dell'evoluzione e dei risultati istologici:

1. Lesioni cutanee specifiche, che derivano dall'infiltrazione di linfociti T auto reattivi (talvolta misti ad istiociti) del derma e della membrana basale e/o dalla deposizione di autoanticorpi; ciò è tipicamente associato alla degenerazione vacuolare dello strato basale delle cellule dell'epidermide e ai cheratinociti apoptotici (dermatite interfacciale), come si riscontra nel lupus erimatoso e nella dermatomiosite, ma non nella sindrome di Sjögren.
2. Lesioni cutanee non specifiche delle malattie autoimmuni del tessuto connettivo, che derivano da vasculite, trombosi o altri meccanismi e possono essere riscontrate in altri contesti patologici. (Hau et al., 2014)

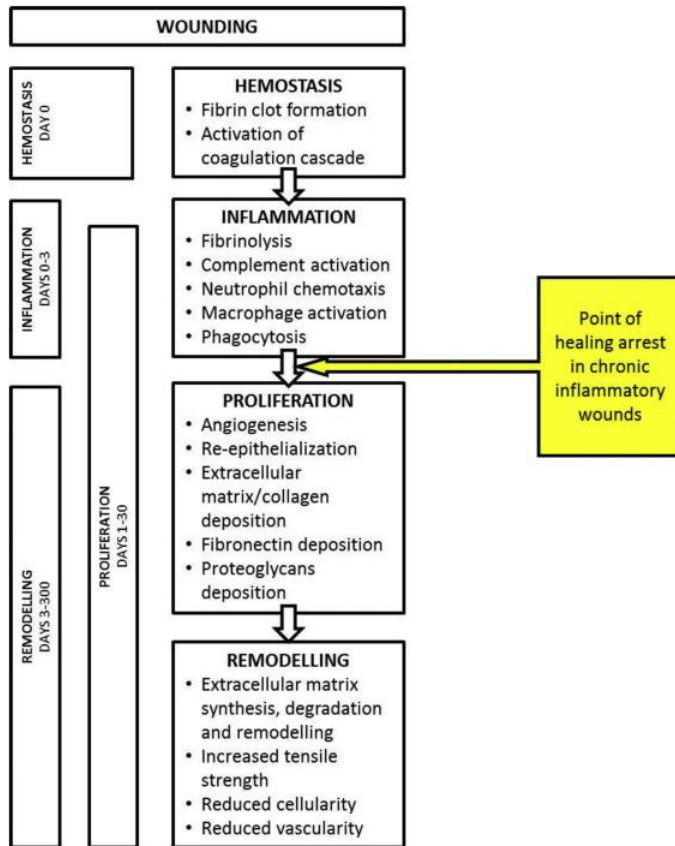


Fig.1- Le fasi di guarigione di una ferita fisiologicamente e le fasi di guarigione di una ferita cronica (Shanmugam et al., 2017, p.16). Fonte:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319730/pdf/nihms822357.pdf>

3.2 Ustioni

L'attuale comprensione delle lesioni da ustione considera tre zone di lesione: zona di coagulazione, zona di stasi e zona di iperemia. La regione di coagulazione rappresenta il tessuto che è stato distrutto al momento della ferita. Questa è circondata da una zona di stasi, con infiammazione e bassi livelli di perfusione. All'esterno della zona di stasi c'è una zona di iperemia, dove la perfusione microvascolare non è compromessa. Spesso l'area di stasi procederà e diventerà necrotica entro le prime 48 ore successive al danno termico. Di conseguenza, la bruciatura iniziale aumenta in area e profondità. La lesione termica induce uno stato immunodepresso che predispone gli assistiti alla sepsi e all'insufficienza multiorgano. Nel valutare un approccio funzionale per trattare le ustioni, occorre capire i numerosi meccanismi alla base della disfunzione microvascolare

risultante. (Nielson et al., 2017). Le ustioni sono considerate tra le lesioni più dolorose che una persona possa sopportare. Oltre al dolore intrinseco causato dall'ustione stessa, il trattamento appropriato di un'ustione richiede procedure al quanto dolorose, tra cui la detersione della ferita, la cura quotidiana delle ferite, l'intervento chirurgico, seguiti da una terapia fisica e occupazionale aggressiva. Il dolore da ustione è particolarmente complicato; è multiforme e cambia più volte nel tempo, man mano che l'assistito si sottopone a ripetute procedure che richiedono la manipolazione delle sedi di ustione. Nonostante la comprensione dell'importanza della gestione del dolore nella guarigione dalle ustioni, ci sono numerosi riscontri che documentano l'inadeguatezza del trattamento analgesico legato a queste tipologie di ferite. Il dolore provocato da ustioni acute è innanzitutto di natura nocicettiva. (Romanowski et al., 2020).

3.3 Ulcere venose o arteriose delle gambe

Le ulcere alle gambe sono un problema comune e spesso grave negli anziani. Le condizioni cliniche che aumentano il rischio comprendono aumenti legati all'età dell'insufficienza venosa cronica, malattia arteriosa periferica, tessuto connettivo e condizioni autoimmuni, mobilità ridotta e diabete mellito. Gli assistiti geriatrici hanno un rischio elevato di molteplici complicazioni correlate alle ferite, tra cui infezione, ischemia e necrosi. La presenza stessa di queste ulcere degli arti inferiori negli anziani ha un impatto negativo sulla qualità di vita e sulle loro capacità funzionali quotidiane. In Australia, Francia, Germania, Italia, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti, circa l'80% delle ferite degli arti inferiori sono ulcere venose con circa il 95% di esse localizzate nell'area della ghetta, riferendosi alla zona tra ginocchio e caviglia con dimensioni e forme variabili. Un esempio di ulcera venosa localizzata nell'area della ghetta è mostrato nella Figura 2. Questa immagine denota alcune delle caratteristiche più comuni, in genere un'ulcera superficiale con margini irregolari, spesso con iperpigmentazione circostante. Il tasso di recidiva queste ferite una volta guarita è variabile, ma un'analisi di quasi 400 persone indica che una recidiva entro 12 mesi era compresa tra il 50 e il 55% con tassi in qualche modo prevedibili in base alla classificazione del rischio.



Fig.2- Caratteristiche di un'ulcera venosa localizzata nella ghetta laterale. (Mayrovitz, 2023, p.2). Fonte:

https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/148389/20240724-319105-iiutaa.pdf.

Le ulcere ischemiche arteriose costituiscono circa il 5-20% di tutte le ulcere degli arti inferiori non guaribili. La sua condizione predisponente più comune è una malattia vascolare periferica avanzata che colpisce le arterie degli arti inferiori che irrorano la gamba e il piede. Altre condizioni di rischio includono aterosclerosi, ipertensione, diabete e fibrillazione atriale, tutti più diffusi nei pazienti geriatrici. Le ulcere arteriose si trovano generalmente nella zona della gamba o del piede, ma hanno caratteristiche abbastanza distinte dalle ulcere venose. Le ulcere arteriose sono indotte da una perfusione sanguigna tissutale inadeguata delle estremità inferiori. Queste ferite si presentano spesso in zone che normalmente subiscono pressione esterna o traumi localizzati nelle dita dei piedi e nelle aree malleolari, ma qualsiasi punto di pressione può essere a rischio in presenza di una ridotta perfusione sanguigna. Le ulcere arteriose hanno caratteristiche abbastanza distinte dalle ulcere venose: si allega nella Figura 3 un'illustrazione di un'ulcera ischemica arteriosa. La seguente immagine illustra una lesione con ischemia critica dovuta ad arteriopatia periferica degli arti inferiori significativa in cui le dita del piede, indice e medio sono state precedentemente amputate e il quinto dito è necrotico.



Fig.3- Piede affetto da arteriopatia periferica degli arti inferiori. (Mayrovitz, 2023 p.5)
Fonte: https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/148389/20240724-319105-iiutaa.pdf.

Queste ulcere sono complicate da guarire in assenza di un ripristino del flusso sanguigno arterioso, che di per sé può essere difficile da realizzare a causa delle condizioni di comorbilità, soprattutto in assenza di un approccio chirurgico. Il dolore associato a queste ferite è stato descritto come una combinazione di dolore nocicettivo e neuropatico (Mayrovitz et al., 2023).

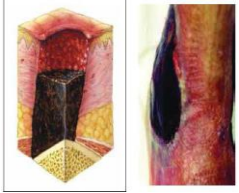
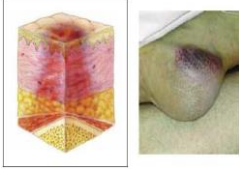
3.4 Ulcere da pressione

L'assistito anziano denota una riserva fisiologica ridotta e spesso sviluppa malattie croniche, che a volte inducono la fragilità, disabilità e sindromi geriatriche. L'immobilizzazione, lo stare a letto per elevati periodi di tempo, contribuisce allo sviluppo e alla comparsa di ulcere da pressione. Le malattie croniche di durata prolungata portano gli assistiti al limite della riserva funzionale, inoltre favoriscono a ridurre la mobilità e la perdita di peso, portando a una maggiore suscettibilità alle lesioni da pressione. La sarcopenia e la fragilità si presentano come cambiamenti biologici a livello cellulare e cambiamenti fisiologici caratterizzati da ridotta forza muscolare, perdita di peso e inattività fisica. La fragilità il più delle volte si traduce in dipendenza, poli farmacoterapia, disabilità, sindromi geriatriche, istituzionalizzazione e nel peggiore dei casi morte precoce. La patogenesi di queste ferite è un processo multifattoriale che coinvolge fattori infiammatori, cambiamenti ormonali, ridotta protezione immunitaria, compromissione della perfusione sanguigna e cambiamenti degenerativi. Alcune ulcere da pressione negli anziani possono essere inevitabili, il che significa che la lesione si presenterà nonostante cure e monitoraggio ottimali. Le ferite inevitabili si verificheranno in particolare nelle persone affette da malattie croniche di lunga durata, che allungano il deterioramento dell'assistito fino al limite dell'insufficienza funzionale degli organi (cuore, reni e polmoni). Un gruppo di esperti multidisciplinari del NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) (2010, citato da Jaul et al., 2018) ha individuato alcune situazioni come l'instabilità emodinamica (bassa gittata cardiaca, ipotensione) che causa una perfusione periferica inadeguata e una severa denutrizione (incluso il rifiuto della

nutrizione artificiale) come fattori scatenanti per ulcere inevitabili. Le lesioni da pressione sono solitamente accompagnate da gravi complicazioni, tra cui dolore, depressione e infezioni. Le complicanze gravi inducono un ulteriore deterioramento della salute, con sofferenza prolungata della persona, ospedalizzazione più lunga, mortalità precoce e aumento dei costi. Questa tipologia di ferite è un peso per il gruppo sanitario, soprattutto per il personale infermieristico, e richiedono una maggiore cura da parte del personale medico in tutti gli ambienti. Di conseguenza, vi è un aumento sostanziale dei costi. (Jaul et al., 2018). Di seguito si allega la tabella di stadiazione delle ulcere da pressione.

Tabella 1- Stadiazione delle lesioni da pressione. (NPUAP-EUPAP, European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014, p.1,2). Fonte: https://www.burlo.trieste.it/sites/default/files/slides-corsi/stadiazione_NPUAP_EPUAP_PPPIA_2014.pdf

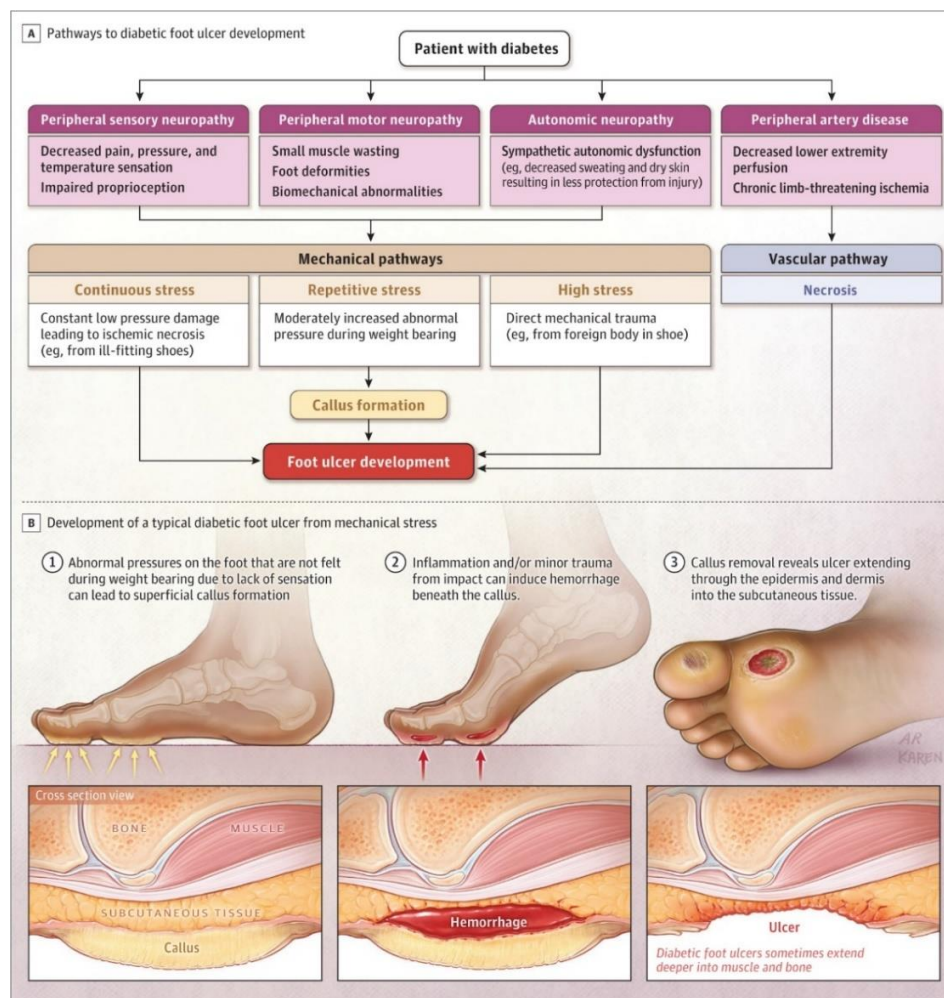
<p>• CATEGORIA/STADIO I - ERITEMA NON SBIANCABILE</p> <p>Cute intatta con rossore non sbiancabile di una zona localizzata solitamente su una prominenza ossea. La cute pigmentata di scuro può non avere uno sbiancamento visibile; il suo colore può differire dalla zona circostante.</p> <p>L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. La Categoria/Stadio I può essere difficile da rilevare nei soggetti con tonalità di pelle scura. Può indicare persone "a rischio" (un segno foriero di rischio).</p>	
<p>• CATEGORIA/STADIO II - PERDITA CUTANEA A SPESSORE PARZIALE</p> <p>Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto della ferita rosso rosa, senza tessuto devitalizzato (slough). Può anche presentarsi come una vescica intatta o aperta/rotta piena di siero. Si presenta come un'ulcera superficiale lucida o secca senza tessuto devitalizzato (slough) o ecchimosi* Questa Categoria/Stadio non deve essere usata per descrivere lacerazioni cutanee, ustioni, dermatiti perineali, macerazione o escoriazioni.</p> <p><i>*L'ecchimosi indica una sospetta lesione dei tessuti profondi.</i></p>	
<p>• CATEGORIA/STADIO III - PERDITA CUTANEA A SPESSORE TOTALE</p> <p>Perdita di tessuto a spessore totale. Il grasso sottocutaneo può essere visibile ma le ossa, i tendini o i muscoli non sono esposti. Il tessuto devitalizzato (slough) può essere presente, ma non oscura la profondità della perdita di tessuto. Può includere sottominature e tunnelizzazioni. La profondità della Categoria/Stadio III delle ulcere da pressione varia in base alla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di Categoria/Stadio III possono essere poco profonde. In contrasto, nelle aree di significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione estremamente profonde di Categoria/Stadio III. Le ossa/tendini non sono visibili o direttamente palpabili.</p>	
<p>• CATEGORIA/STADIO IV: PERDITA DI TESSUTO A SPESSORE TOTALE</p> <p>Perdita di tessuto a spessore totale con esposizione ossea, tendinea o muscolare. Il tessuto devitalizzato (slough) o l'escara possono essere presenti in alcune parti del letto della ferita. Spesso include lo scollamento e la tunnelizzazione dei tessuti. La profondità delle ulcere da pressione di Categoria/Stadio IV varia dalla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e queste ulcere possono essere poco profonde. Le ulcere di Categoria/Stadio IV possono estendersi nel muscolo e/o nelle strutture di supporto (ad esempio, la fascia, i tendini o la capsula articolare) favorendo l'osteomielite. Le ossa/tendini sono visibili o direttamente palpabili.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • NON STADIABILI - PROFONDITÀ SCONOSCIUTA 	
<p>Perdita di tessuto a spessore totale in cui la base dell'ulcera è coperta da tessuto devitalizzato (slough) (giallo, marrone chiaro, grigio, verde o marrone) e/o escara (marrone chiaro, marrone o nero) nel letto della ferita. Fino al momento in cui lo slough e/o l'escara non vengono rimossi per rendere visibile la base dell'ulcera, la vera profondità e pertanto la Categoria/Stadio non può essere determinata. L'escara stabile (asciutta, aderente, intatta senza eritema o fluttuanza) sui talloni serve come "copertura naturale (biologica) del corpo" e non deve essere rimossa.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • SOSPETTO DANNO PROFONDO DEL TESSUTO - PROFONDITÀ SCONOSCIUTA 	
<p>Area localizzata di colore viola o marrone di cute intatta scolorita o flittene pieno di sangue, dovuta al danno sottostante dei tessuti molli causato dalla pressione e/o dalle forze di taglio. L'area può essere preceduta dalla presenza di tessuto doloroso, solido, pastoso, melmoso, più caldo o più freddo rispetto al tessuto adiacente.</p> <p>Le lesioni del tessuto profondo possono essere difficili da rilevare negli individui con tonalità di pelle scura. L'evoluzione di questo stadio può includere una sottile vescica su un letto di ferita scuro. La ferita può evolvere ulteriormente coprendosi con un'escara sottile. L'evoluzione può essere rapida esponendo strati aggiuntivi di tessuto anche in presenza di un trattamento ottimale.</p>	

3.5 Ulcere diabetiche

Oltre 550 milioni di persone nel mondo soffrono di diabete. Di questi, circa 18,6 milioni di persone con diabete sviluppano un'ulcera al piede ogni anno. Fino a circa il 34% delle persone con diabete di tipo 1 o 2 sviluppa un'ulcera al piede durante la propria vita. Approssimativamente il 20% degli assistiti con un'ulcera del piede diabetico subirà un'amputazione degli arti inferiori, minore se riguarda parte del piede, maggiore se avviene sopra il piede. L'infezione e la cancrena progressiva sono le cause prevalenti dell'amputazione degli arti inferiori, con quasi il 50% delle ferite del piede diabetico che si infettano. Circa il 20% delle persone con un'ulcera del piede diabetico incorrono al ricovero ospedaliero e tra il 15% e il 20% degli assistiti ospedalizzati subiscono un'amputazione degli arti inferiori. Le lesioni del piede diabetico si sviluppano come conseguenza della neuropatia diabetica sensoriale, motoria e autonoma. La neuropatia

sensoriale causa la perdita della sensibilità protettiva; la neuropatia motoria provoca deformità del piede e anomalie biomeccaniche, mentre la neuropatia autonoma porta a cambiamenti viscoelastici nella cute, come la secchezza. La formazione di un callo è il più delle volte il risultato di questi cambiamenti. Un trauma minore e l'infiammazione arrecati da molteplici impatti del piede contro una superficie durante il carico possono portare a un'emorragia sotto il callo che si manifesta come un'ulcera a tutto spessore (vale a dire che il danno si estende sotto l'epidermide e derma, quindi nel tessuto sottocutaneo) alla rimozione del callo. Altri meccanismi attraverso cui si sviluppano le ulcere del piede diabetico comprendono una pressione bassa costante, ad esempio, nel caso di scarpe strette che causano necrosi tissutale, o una pressione estremamente alta, come un oggetto appuntito che causa danni meccanici diretti. Figura 4- Percorsi per l'ulcerazione del piede diabetico. (Armstrong et al., 2023 p.19) Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10723802/pdf/nihms-1928182.pdf>



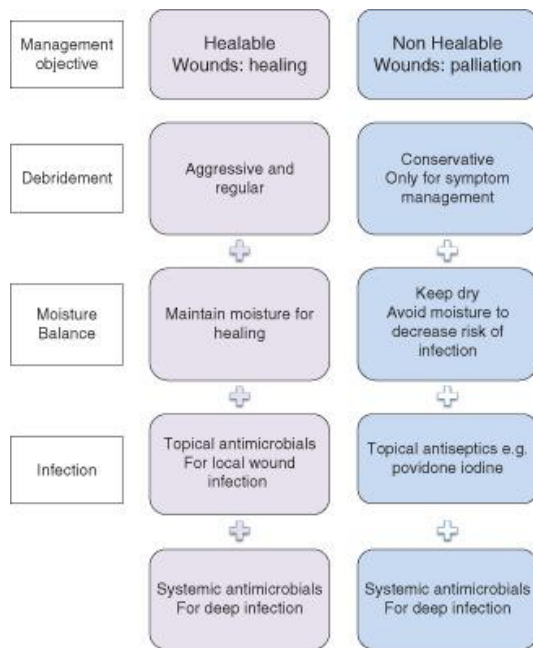
Per valutare il rischio di ulcerazione in un paziente con diabete, i piedi vengono esaminati ogni anno da un medico di medicina generale o da un podologo; lo screening dovrebbe includere la valutazione dei piedi per la neuropatia sufficiente a determinare la perdita della sensibilità protettiva, la malattia arteriosa periferica e la lacerazione della pelle. Gli assistiti con diabete vengono valutati per la perdita di sensibilità protettiva come segno di neuropatia delle grandi fibre. Il test del monofilamento Semmes-Weinstein per analizzare l'assenza di sensazione di pressione in 3 punti specifici per ciascun piede o il Diapason a 128 Hz per valutare l'assenza di percezione vibratoria sono elementi importanti per conoscere la sensibilità del piede. In assenza di queste apparecchiature, il test tattile di Ipswich è un'alternativa accettabile che può essere utilizzata per verificare se la persona percepisce un tocco leggero dall'indice di un esaminatore applicato a 6 o 8 siti pre-specificati sui piedi. L'esame fisico dovrebbe comprendere la valutazione di calli, la macerazione fra le dita e le unghie ispessite, che possono indicare un'infezione fungina e possono essere associate a una maggiore pressione sul letto ungueale. Le deformità digitali come le dita a martello o le dita ad artiglio si presentano come una maggiore prominente delle articolazioni interfalangee dorsalmente e delle teste metatarsali sulla superficie plantare e sono spesso siti prevalenti di ulcerazione. Anche la punta di un dito del piede esposta a una certa pressione su una superficie è un sito comune di ulcerazione. La valutazione dell'intervallo di movimento della caviglia in dorsiflessione e plantarflexione può individuare la deformità in equino, che accresce la pressione plantare dell'avampiede. La palpazione del polso tibiale posteriore e pedidio è una parte centrale dell'esame vascolare, ma i polsi palpabili hanno una bassa sensibilità e specificità per rilevare la malattia arteriosa periferica se non associati a ulteriori esami specifici. (Armstrong et al., 2023)

3.6 Ferite croniche non guaribili

Sebbene la guarigione completa delle ferite possa sembrare l'obiettivo logico per la maggior parte dei pazienti e dei sanitari, alcune lesioni non hanno il potenziale per guarire a causa di alcuni fattori quali una vascolarizzazione inadeguata, condizioni mediche coesistenti e farmaci che impediscono il processo di guarigione. Le ferite croniche sono frequenti con circa il 50% di assistiti in assistenza domiciliare che ricevono servizi

infermieristici correlati alla cura delle ferite. Tuttavia, le ferite croniche sono spesso complesse, recalcitranti alla guarigione e possono perdurare per mesi o anni a causa di processi patologici o complicazioni sottostanti. I meccanismi che inficiano alla mancata guarigione delle ferite rimangono ancora poco chiari, ma probabilmente riguardano l'interazione di fattori sistemici e locali. Pur sostenendo che l'umidità del letto della ferita è fondamentale per favorire la guarigione, le opinioni prevalenti degli esperti clinici nelle lesioni non guaribili hanno sottolineato l'importanza di mantenere la ferita asciutta così da prevenire le infezioni quando la guarigione non è considerata un risultato realistico. Le ferite croniche sono costantemente colonizzate da microrganismi che costituiscono un'ecologia complessa. Gli assistiti con difese dell'ospite compromesse e ferite non guaribili sono particolarmente suscettibili alle infezioni delle ferite. Con l'aumento di batteri resistenti agli antibiotici più utilizzati, l'uso di agenti antimicrobici topici è diventato un'opzione sensata per la cura locale delle ferite. Queste lesioni sono meglio trattate con antisettici quando la guarigione non è ottenibile nell'immediato (infezione profonda incontrollata) o quando la carica batterica è più preoccupante della tossicità dei tessuti (mantenimento o ferite non guaribili) (Woo K.Y, 2014). Il problema delle ferite non guaribili riguarda 200 milioni di persone in tutto il mondo. Questi assistiti sono prevalentemente anziani, che soffrono di diabete, insufficienza venosa avanzata e hanno subito radioterapia o paraparesi. Le ferite croniche, a differenza delle ferite acute, non guariscono secondo il modello tipico, che comprende le fasi di emostasi, infiammazione, proliferazione e rimodellamento associati alla formazione di tessuto collagene. Queste ferite sviluppano uno stato di infiammazione permanente, che riduce al minimo la capacità rigenerativa del tessuto. La guarigione delle ferite croniche è compromessa da fattori locali, come ischemia, infezione, e da fattori sistemici, come età avanzata, malnutrizione, diabete o patologie renali. Una buona pratica clinica dovrebbe eliminare o ridurre l'impatto di questi fattori; tuttavia, ciò è spesso impossibile. Oltre ai fattori locali e generali, l'ambiente delle lesioni croniche è contrassegnato da una riduzione del numero di stimolanti proliferativi, uno squilibrio tra enzimi proteolitici e i loro inibitori, una senescenza cellulare aumentata e una sovra produzione di citochine infiammatorie. (Figiel-Dabrowska et al., 2022)

Figura 5- Approcci differenti alla cura delle ferite guaribili e non guaribili. (Woo K.Y, 2014 p.3). Fonte: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/iwj.12017>



4 UMANIZZAZIONE DELLE CURE

L'Umanizzazione delle cure pone il sanitario al centro di una nuova concezione professionale: un operatore che a partire dai significati legati alla propria professione si interroga sull'apporto individuale nell'alleggerire la persona malata da tutto quello che implica la sua condizione di malattia, in termini di disagio sociale, oltre che di sofferenza fisica e psicologica. L'azione del professionista non si limita al malato, ma si estende alla famiglia e alla stretta collaborazione con il territorio, con l'obiettivo di modificare e contenere le situazioni di disagio sociale e di potenziale esclusione ed emarginazione sociale connesse con il fenomeno malattia. Tale azione, inoltre, non prescinde dal fatto che malattia, sofferenza e morte sono fenomeni inevitabili dell'esistenza umana e attraversano ogni continente, cultura e condizione sociale, sebbene vissuti diversamente proprio per le condizioni che si legano ad elementi strutturali piuttosto che a fattori di tipo biomedico (Rivista Scientifica della Scuola Istruzione a Distanza, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, 2012). Per un'assistenza il più possibile umanizzata, il professionista sanitario deve avere le seguenti caratteristiche: disposizione ottimistica, comprensione emotiva, socievolezza, autoefficacia e affetto. In questa prospettiva, l'umanizzazione partecipa allo sviluppo integrale dell'essere umano attraverso un approccio globale all'assistenza sanitaria, in cui gli assistiti diventano i protagonisti del sistema e assumono un ruolo attivo, insieme al professionista sanitario,

nella cura della propria salute. L'idea è quella di garantire l'impegno professionale per migliorare la qualità dell'assistenza, considerando che l'obiettivo cardine dei professionisti sanitari deve essere quello di migliorare la salute complessiva della persona (Molero Jurado et al., 2021). Come sancito dal Ministero della Salute nel 2015 nella Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione, nel capitolo 2.4.3. dove viene trattata la qualità dei servizi sanitari e umanizzazione delle cure, l'umanizzazione delle cure assume un peso specifico nella organizzazione sanitaria, garantendo il recupero della centralità del paziente e facendosi carico non solo degli aspetti fisici della malattia, ma anche di quelli psicologici, relazionali e sociali. Il concetto di centralità del paziente nei servizi sanitari è stato più volte ribadito negli ultimi anni nella normativa internazionale, nazionale e regionale: i diritti dei pazienti sono l'obiettivo prioritario dei singoli paesi e delle associazioni degli assistiti. Alla luce di quanto già deciso con accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996 n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, nel nuovo Patto è previsto che il Ministero della salute proponga un documento contenente gli ambiti prioritari di intervento; il fine è dare attuazione all'umanizzazione delle cure, da sancire con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281. Il nuovo Patto prevede anche la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione delle cure, che comprenda la definizione di almeno una attività progettuale in tema di formazione del personale ed una attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente alle seguenti aree assistenziali: area critica, pediatria, comunicazione, oncologia, assistenza domiciliare. (Ministero della salute, Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione, 2015, fonte consultata il 1° ottobre 2024). Tale Direttiva evidenzia l'importanza dell'umanizzare le cure da parte delle normative in materia di salute internazionale, nazionale, regionali e locale.

4.1 Tipi di dolore

Il dolore è l'esperienza soggettiva di un danno in una parte del corpo, ed è meglio definito come "un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a un danno tissutale reale o potenziale, o descritta in termini di tale danno" (Williams & Craig, 2016, citato da Bell, 2018, p.1). Il dolore correlato alla ferita è complesso, incorporando sia esperienze di dolore acuto che cronico. Secondo il modello concettuale di Krasner (1995, citato da Frescos, 2018) del dolore correlato alla ferita comprende il dolore acuto ciclico e non ciclico, e il dolore cronico della ferita che si verifica in assenza di qualsiasi manipolazione ed è solitamente associato all'eziologia sottostante della lesione. Se una ferita non guarisce, può generarsi un dolore persistente con proprietà nocicettive e neuropatiche, che diventa una condizione di dolore cronico che danneggia la salute e il sonno della persona. Se il dolore della ferita non viene trattato adeguatamente, si sviluppa un dolore recalcitrante, che può portare a mobilità compromessa, insonnia e depressione. L'esperienza di vivere con ferite croniche ha un impatto importante sulla qualità di vita della persona, con il dolore della ferita che partecipa in modo significativo al disagio del paziente; inoltre, il dolore associato alle lesioni può ritardare la guarigione e avere un ruolo negativo sulle funzioni fisiche, emotive e cognitive dell'assistito. (Frescos, 2018)

Tipologie di dolore che si presentano nella ferita:

- Dolore acuto: limitato nel tempo, ad alta intensità, spesso è ben evidente il rapporto di causa effetto. È considerato come un dolore utile, reversibile, che regredisce con la guarigione. Determina uno stato emozionale direttamente proporzionale alla sua intensità: maggiore è l'intensità del dolore maggiore è la paura, l'angoscia, lo spavento provato dalla persona. Un mancato controllo del dolore acuto può determinare una progressione verso la cronicità. Il dolore acuto può essere causato da una procedura infermieristica come il cambio medicazione di una ferita: ciò viene definito come dolore procedurale. (Brugnolli & Saiani, 2020, p.990, cap.24). Il dolore acuto è definito come un dolore recente, brusco, spesso ha una correlazione causale e temporale identificabile con un danno tissutale o con una malattia. Deriva dall'attivazione del sistema sensoriale che segnala un danno tissutale potenziale o attuale. Solitamente è identificabile un rapporto di causalità con una lesione o una

patologia. (Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica, Regione Emilia-Romagna, 2010)

- Dolore nocicettivo: gli stimoli nocivi acuti come calore, freddo, forza meccanica o stimolazione chimica, attivano i nocicettori. Il dolore acuto diviene dolore infiammatorio quando lo stimolo nocicettivo persiste abbastanza a lungo da consentire ai neuroni nocicettivi di rilasciare i loro marcatori pro-infiammatori e attivare le cellule reattive nel loro ambiente locale. Il dolore nocicettivo deriva da tessuti danneggiati da agenti fisici o chimici come traumi, interventi chirurgici, cambio medicazioni o ustioni. Per quanto riguarda le impostazioni attive, i neuroni nocicettivi stimolati trasmettono stimoli nocivi ad elevata soglia al sistema nervoso centrale. Il segnale nocicettivo può essere reindirizzato nell'imminente in un circuito riflesso spinale, producendo un ritiro rapido e riflesso o trasportato alle aree del cervello responsabili dell'integrazione delle informazioni con sensazioni di ordine superiore come il dolore. Oltre alla trasmissione afferente spinale al SNC (sistema nervoso centrale), i neuroni nocicettivi sono anche capaci di rispondere agli stimoli nocivi discernendo segnali chimici dalle loro terminazioni nervose periferiche. Le azioni locali sulle cellule neuronali e non neurali vicine subiscono la mediazione attraverso il rilascio di vescicole contenenti citochine pro-infiammatorie preformate e fattori di crescita (Armstrong & Herr, 2023).
- Dolore cronico: è una manifestazione persistente per più di tre mesi, può non avere una causa identificabile. Ha un impatto significativo sullo stato emotivo e sociale dell'assistito, influenzando negativamente sulla personalità e qualità di vita. (Brugnolli & Saiani, 2020, p.990, cap.24). Il dolore cronico della ferita si verifica in assenza di qualsiasi manipolazione ed è spesso associato all'eziologia sottostante della lesione (Frescos, 2018).
- Dolore neuropatico: causato da una lesione o malattia del sistema nervoso somatosensoriale, è una assidua condizione di dolore cronico con un impatto importante sulla qualità della vita. Esempi includono nevralgia del trigemino, polineuropatia dolorosa, nevralgia post-herpetica e dolore centrale post-ictus. La maggior parte dei pazienti lamenta un dolore spontaneo continuo o intermittente, ad esempio, bruciore, pizzicore, schiacciamento, che può essere accompagnato da dolore evocato al tocco leggero e al freddo. L'Associazione Internazionale per lo Studio del

Dolore (IASP) definisce il dolore neuropatico come dolore causato da una lesione o malattia del sistema nervoso somatosensoriale (IASP, 2019, citato da Finnerup, 2021). Quando le lesioni del sistema nervoso si manifestano perifericamente o centralmente, possono arrecare una perdita sensoriale nel territorio di innervazione dei nervi danneggiati o in quelle parti del corpo che corrispondono a un territorio spinale o cerebrale che è stato danneggiato direttamente o indirettamente da una lesione o malattia. Una caratteristica distintiva importante nella maggior parte dei tipi di dolore neuropatico è la combinazione paradossale di perdita sensoriale e dolore con o senza fenomeni di ipersensibilità sensoriale nella zona dolorosa. Un ampio gruppo di condizioni che differiscono non solo nella loro eziologia di base ma anche nella loro individuazione anatomica sono associate al dolore neuropatico. (Finnerup et al., 2021)

4.2 Dolore arrecato dalla ferita

Gli assistiti si aspettano di provare sensazioni fastidiose durante le procedure associate alla medicazione; l'obiettivo dovrebbe quindi essere quello di ridurre al minimo il dolore e il disagio. (World Union of Wound Healing Societies [WUWHS], 2004). Il dolore legato alle medicazioni influenza negativamente la qualità di vita della persona con ferite difficili: diversi studi evidenziano riduzione del sonno, diminuzione dell'appetito, diminuzione dell'efficienza fisica e del benessere generale, creando difficoltà nelle relazioni sociali (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche [FNOPI], 2019). Ciò si può ottenere solo coinvolgendo il paziente e i suoi famigliari utilizzando un metodo di valutazione stabilito del dolore con un approccio a più livelli per valutare e, se necessario, cambiare la scelta e la durata di una qualsiasi terapia analgesica e/o intervento. Un professionista sanitario esperto dovrebbe effettuare la valutazione iniziale: ciò comprende una accurata analisi del dolore, per ottenere un quadro completo del dolore di fondo, accidentale, procedurale e operatorio. Un diagramma con la mappa del corpo può tornare utile per identificare la localizzazione/sito del dolore, in particolare se vi è più di un'area dolorosa che deve essere valutata indipendentemente dalla lesione. Questa valutazione fornisce una conoscenza della ferita e della sensazione di dolore provata dalla persona, e permette di avere un approccio incentrato su di essa. La valutazione dovrebbe anche analizzare i fattori quali sensazione, percezioni, aspettative,

indici di dolore e di impatto del dolore sulla vita quotidiana/familiare. La valutazione deve essere continua e realizzata ogni volta che viene effettuata una procedura associata ad una medicazione, quantificando l'intensità di dolore durante e dopo l'intervento (WUWHS,2004).

Dimensioni del dolore associato alla ferita:

- Dolore di fondo della lesione: è il dolore che si prova a riposo, quando non vi è alcuna manipolazione della ferita. Può essere continuo o intermittente.
- Dolore diffuso: è collegato alla causa della ferita, a fattori localizzati nella lesione come ischemia, infezione e macerazione e ad altre patologie associate come neuropatia diabetica, malattia vascolare periferica, artrite reumatoide e malattie dermatologiche.
- Dolore operatorio: è associato ad un qualsiasi intervento che viene normalmente eseguito da uno specialista e che richiede anestesia locale o generale per gestire il dolore.
- Dolore accidentale: può presentarsi nelle attività quotidiane, ad esempio durante la mobilizzazione, oppure a seguito dello spostamento della medicazione.
- Fattori psicosociali/ambientali: quali ad esempio età, sesso, livello scolastico, ambiente e precedenti esperienze di dolore possono influenzare la sensazione di dolore degli assistiti e la capacità di comunicare il proprio dolore.
- Dolore procedurale: deriva da una procedura di routine, di base, quale ad esempio la rimozione della precedente medicazione, la pulizia della ferita o l'applicazione della nuova medicazione. Per gestire il dolore occorrono sia tecniche non farmacologiche che somministrazione di analgesici. Il dolore non trattato influenza significativamente nella guarigione delle ferite e ha un impatto negativo sulla qualità della vita. Il dolore durante procedure associate alla medicazione delle ferite può essere trattato grazie alla combinazione dei seguenti elementi: una scrupolosa valutazione iniziale, una scelta della medicazione idonea, un'attenta cura delle ferite e dei trattamenti individualizzati di analgesici. Per ragioni terapeutiche e umane, è importante che gli infermieri sappiano come valutare, stimare il dolore e successivamente trattarlo attraverso una stretta collaborazione con i medici. Con una comprensione di base della fisiologia del dolore, chiunque sia coinvolto nelle procedure associate alla

medicazione delle ferite comprenderà meglio la sofferenza che prova la persona. È fondamentale comprendere che il dolore causato dalle ferite è multidimensionale e che l'ambiente psicosociale del paziente avrà un impatto sull'esperienza psicologica del dolore (WUWHS, 2004). È stato riscontrato in diversi studi che le medicazioni dei pazienti affetti da lesioni croniche vengono cambiate frequentemente, aggravando il dolore sofferto dalla persona. In una recente inchiesta internazionale è stato rilevato che il cambio della medicazione è considerato dagli infermieri la procedura più dolorosa nella cura delle ferite; il dolore viene ulteriormente aggravato quando la medicazione rimane adesa alla ferita e quando la rimozione della medicazione provoca lacerazioni della cute. Altre cause di dolore procedurale sono lo sbrigliamento dello *slough*, dei tessuti non vitali, l'applicazione di disinfettanti e le procedure di detersione delle lesioni (European Wound Management Association [EWMA], 2003). La sostituzione della medicazione in seguito a una lesione cronica provoca sempre un grado di dolore alla persona, ma è possibile fare tanto per contenere l'impatto sui pazienti, riducendo il dolore causato dalle operazioni necessarie di applicazione e cambio della medicazione promuovendo una valutazione accurata, formazione del personale, analgesici adeguati, tecniche cliniche di elevato livello e prodotti di pulizia e medicazioni adatti. (Brugnonli & Saiani, 2020, p.1012, cap.24).

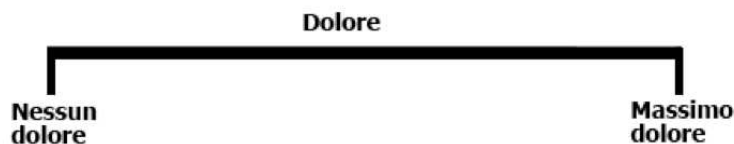
- Il debridement: è considerata una procedura dolorosa nella cura delle ferite. In tempi attuali, con debridement si fa riferimento alla rimozione in profondità di tessuti aderenti, non vitali o contaminati da una ferita, e deve essere chiaramente distinto dall'atto della detersione, definita come la rimozione della sporcizia. Il debridement non comprende la resezione di tessuto funzionale o l'amputazione. Pertanto, viene chiamato debridement l'atto di rimuovere materiale necrotico, escara, tessuti devitalizzati, tessuti siero-crostosi, tessuti ipercheratosi, slough, pus, ematoma, corpi estranei, detriti, da una ferita con l'obiettivo di promuoverne la guarigione. Il debridement può essere meccanico, autolitico, enzimatico, biologico. Il debridement meccanico è considerato dalle persone il più doloroso, seguito dalla tecnica autolitica che arreca un dolore di tipo bruciante. Il debridement enzimatico viene generalmente considerato indolore, mentre la cura biologica ha l'effetto collaterale più comune di arrecare dolore al paziente (EWMA, 2013).

4.3 Scale di rilevazione

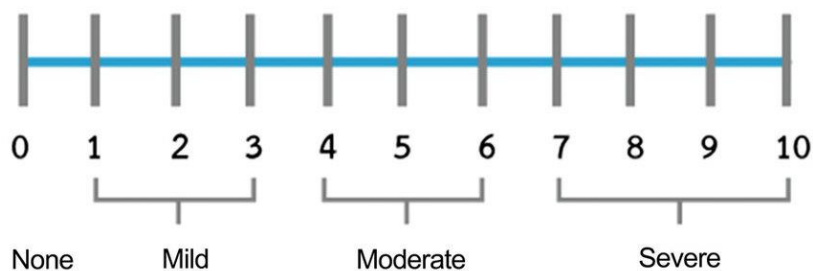
L'Italia ha adottato, con la legge 15 marzo 2010, n.38, un quadro organico di principi e disposizioni normative per consentire un'assistenza qualificata appropriata in ambito palliativo e della terapia del dolore, per il paziente e la sua famiglia. Va evidenziato il carattere innovativo di questa legge, che si pone a tutela della dignità della persona, sancisce il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore di ciascun individuo, esplicitando un modo di intendere il diritto alla salute che guarda alla globalità dell'assistito, un approccio universalistico e che si fa carico dell'uguaglianza della persona. Nell'articolo 7 della legge n.38, viene sancito l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica (Ministero della Salute, 2013). Nel codice deontologico delle professioni infermieristiche, capo IV articolo 18, l'infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona (FNOPI, 2019). Nel 1996 l'*American Pain Society* ha confinato la frase "dolore come parametro vitale", con lo scopo di aumentare la consapevolezza di valutare e trattare il dolore tra i professionisti sanitari. Sono presenti diversi strumenti che aiutano gli operatori sanitari nel rilevare il dolore. Vi sono due principali categorie di strumenti per valutare e monitorare il dolore nel tempo, che si dividono in scale monodimensionali e scale multidimensionali. Le scale monodimensionali analizzano una dimensione del dolore un unico o più item. Alcuni vanno ad accertare la presenza e l'intensità del dolore, altri la localizzazione o il grado di sollievo. Le scale multidimensionali analizzano molte dimensioni attraverso un approccio globale al sintomo per comprendere la complessità del dolore più che le singole parti che lo compongono; vengono utilizzate maggiormente nella persona con dolore cronico. La scelta di una scala per rilevare il dolore dipende dallo scopo clinico, dal tempo di compilazione, dall'integrità delle capacità visive e motorie dell'assistito, dalla cultura, dal livello scolastico, dall'età, dalla capacità di esprimersi, comunicare e comprendere, dalla presenza o assenza di declino cognitivo (Brugnolli & Saiani, 2020, p.993-995, cap.24).

Scale monodimensionali:

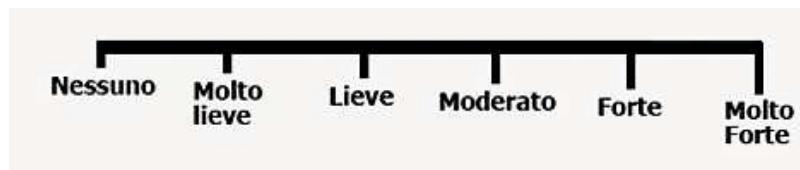
- Scala VAS- scala analogico visiva: l'assistito deve segnare nella linea retta lunga 10 cm il punteggio che corrisponde all'intensità del dolore che percepisce. Un'estremità indica l'assenza di dolore ed equivale a 0, l'altra estremità indica il dolore massimo e corrisponde a 10 (WUWHS,2004). Strumento non sempre preciso perché non permette un confronto esatto nel tempo. In confronto alla scala numerica, questa scala presenta il limite di richiedere la coordinazione visiva e motoria della persona. È uno strumento di facile utilizzo, ampiamente compresa dalla maggior parte degli assistiti (Brugnolli & Saiani, 2020, p.996, cap.24). Figura 6- Scala VAS (scala analogico visiva). Fonte: <https://www.portaledellasalute.it/dolore/le-scale-di-valutazione-del-dolore/>



- Scala NRS- numeric rating scale: presenta all'assistito un intervallo di numeri da 0 a 10 per indicare l'intervallo da nessun dolore, dolore lieve, dolore moderato fino al peggiore dolore possibile. Viene chiesto al paziente di scegliere un numero sulla scala che individua al meglio il suo reale dolore (WUWHS,2004). Risulta di facile comprensione e può essere utile nel monitoraggio longitudinale dell'intensità del dolore. La valutazione del dolore con tale strumento è immediata e veloce, al contempo riduce la complessità del sintomo. (Brugnolli & Saiani, 2020, p.996, cap.24). Figura 7- Scala NRS (numeric rating scale). Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Numerical-rating-Scale-NRS14_fig2_322361419



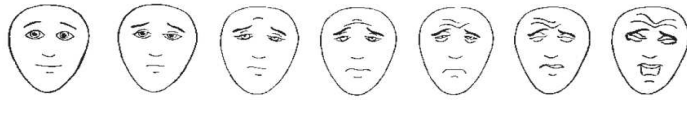
- Scala VRS-verbal rating scale: presenta una serie di descrittori dal più debole, nessun dolore, molto lieve, lieve, moderato, forte, fino al più intenso cioè molto forte. Questo strumento richiede poco impegno cognitivo ed è adatta per le persone anziane con problemi cognitivi (Brugnolli & Saiani, 2020, p.996, cap.24). Figura 8- Scala VRS (verbal rating scale). Fonte: https://web2.sacrocuore.it/oncologia/Negrar_27_aprile_2017/MICHELONI.pdf



- Scala Wong-Baker faces pain rating: presenta una serie di facce con varie espressioni, tra le quali l'assistito deve individuare quella che rappresenta di più la sua manifestazione di dolore. E' usata prevalentemente nei bambini, mentre l'adulto si riconosce meno nelle espressioni della scala. Il limite che può sorgere nell'utilizzo dello strumento è quello di misurare più lo stato d'animo che non il dolore (Brugnolli & Saiani, 2020, p.996, cap.24). Figura 9- Scala Wong-Baker faces pain rating. Fonte: <https://www.traininglab-italia.com/valutazione-posturale-2/>

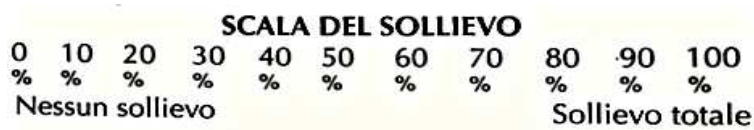


- Faces pain scale di Bieri et al (1990): è stata sperimentata negli adulti non capaci di utilizzare i descrittori verbali o numerici, come nel caso di persone affette da disturbi cognitivi o stranieri. Come la Wong-Baker faces pain rating possiede il limite di misurare più lo stato d'animo che il dolore. (Brugnolli & Saiani, 2020, p.996, cap.24). Figura 10- Faces pain scale di Bieri et al (1990). Fonte: <https://www.researchgate.net/figure/The-Faces-Pain-Scale-SOURCE-Reprinted->



- Scala del sollievo: l'utilizzo di questo strumento viene spesso associato a misurazioni del tono dell'umore più che dell'intensità del sintomo doloroso. Nonostante ciò, risulta un'ottima scala per verificare il beneficio della terapia antalgica in tempi brevi.

Figura 11- Scala del sollievo (Brugnolli & Saiani, 2020, p.996, cap.24).



Scale multidimensionali:

- *Mc Gill Pain Questionnaire* (MPQ Melzach 1975): questo strumento misura l'esperienza del dolore da più dimensioni (Allegato 1): sensoriale (localizzazione, intensità, qualità e schema del dolore), affettiva (paura, depressione e ansia correlate al dolore), cognitiva (valutazione complessiva del dolore) e comportamentale (azioni aggravanti e allevianti). Richiede circa 15 minuti di tempo per compilare interamente il questionario, per tale motivo viene utilizzato per l'accertamento iniziale e per una valutazione periodica a lungo termine della sintomatologia dolorosa, piuttosto che nel quotidiano (Brugnolli & Saiani, 2020, p.998, cap.24).
- *Brief Pain Inventory*: (Allegato 2) analizza le diverse dimensioni del dolore attraverso scale da 0 a 10 che valutano l'intensità attuale del dolore e in media nelle ultime 24 ore, la percentuale di sollievo percepito durante il trattamento, gli effetti del dolore sulle attività quotidiane e la qualità di vita percepita dall'assistito (Brugnolli & Saiani, 2020, p.998, cap.24).
- *Painad*: (Allegato 3) consente una misura osservativa e include cinque comportamenti che sono generalmente notati tra le persone con dolore. Questi includono la respirazione, la vocalizzazione, l'espressione facciale, il linguaggio del corpo e la consolabilità. A questi indicatori viene assegnato un punteggio che consente

poi una sovrapposibilità con le scale numeriche. Dolore lieve: 1-3; dolore moderato: 4-6; dolore severo: 7-10 (Resnick et al., 2019).

4.4 Comfort e analgesia

Comfort

Prima di effettuare il cambio della medicazione è utile parlare con la persona spiegando il dolore che potrà provare e illustrando i metodi impiegati per alleviarlo. In tal modo l'assistito viene messo in condizione di controllare meglio il suo stato di ansia. I pazienti che provano un dolore severo non attenuato tendono a perdere fiducia negli infermieri e di conseguenza saranno più preoccupati nei futuri cambi di medicazione. L'ansia, come il dolore, è condizionata da fattori fisiologici e psicologici: da una parte genera una reazione automatica come la tensione muscolare e aumento della frequenza cardiaca, mentre dall'altra parte si origina l'attenzione al dolore, poiché il ricordo del dolore sofferto in passato e il significato dato dalla persona al dolore influiscono nel modo di percepire gli stimoli dolenti. Ecco alcuni metodi rilevati in letteratura per ridurre l'ansia e mettere a proprio agio l'assistito al momento del cambio della medicazione:

1. Individuare ciò che la persona considera le cause del dolore e i modi di attenuarlo;
2. Scegliere un ambiente confortevole come setting di cura, far assumere al paziente una postura comoda, permettere ai membri della famiglia di partecipare al cambio di medicazione se ci si trova a domicilio dell'assistito;
3. Invitare il paziente a partecipare se lo desidera, togliendosi da solo la medicazione in modo da avere un controllo migliore sul dolore;
4. Incoraggiare a respirare lentamente durante la procedura;
5. Proporre all'assistito di stabilire i tempi dell'operazione, offrirgli delle pause. Se il paziente si dovesse preoccupare di non riuscire a comunicare quando vuole arrestare l'intervento, stabilire un segnale come il battito delle mani o il sollevamento di un dito (EWMA 2003);
6. Accertarsi che la persona abbia un sonno e riposo adeguato, la perdita del sonno riduce la soglia del dolore, diminuisce le prestazioni mentali e aumenta la risposta emotiva al dolore (Furlini et al., 2010).

L'American Society for Pain Management Nursing rammenta che le tecniche di gestione del dolore non farmacologiche riducono la necessità di antidolorifici e migliorano la qualità della vita della persona. In letteratura sono state reperite sette terapie non farmacologiche per attenuare il dolore durante i cambi di medicazione delle ferite: distrazione della realtà virtuale, distrazione uditive e visive, cure religiose e spirituali, riflessologia plantare, immaginazione guidata, rilassamento della mandibola e terapia ipnotica. Alcune di queste tecniche richiedono competenze avanzate da parte dei professionisti sanitari (Ma et al., 2024). Di seguito vengono indicati alcuni metodi di contenimento del dolore in sede di cambio della medicazione che diminuiscono il dolore e aumentano il comfort della persona. È fondamentale scegliere medicazioni che al momento della rimozione causino il minimo dolore possibile alla zona sensibile della ferita. Medicazioni a base di garze rimangono adese alla lesione e inviano una quantità elevata di informazioni sensorie ai nervi recettori della cute, al contrario le medicazioni bagnate in soluzioni umidificanti vengono rimosse delicatamente causando meno dolore. Il silicone soffice viene raccomandato in quanto riduce il dolore e i traumi al momento della rimozione della medicazione. Le medicazioni composte da idrogeli, idrofibre, alginati, e siliconi morbidi sono state segnalate dai partecipanti alla recente inchiesta internazionale sul dolore e traumi come le migliori per quanto riguarda la minimizzazione del dolore al momento della rimozione. Al momento della rimozione della medicazione, occorre disturbare il meno possibile la ferita per evitare di condizionare il delicato processo di guarigione della stessa e della cute perilesionale. Molte persone inoltre vengono curate a casa propria, dove coloro che li assistono devono essere in grado di togliere le medicazioni senza causare dolore inutilmente; in queste situazioni assume un ruolo fondamentale l'infermiere che deve educare i *caregiver* nel miglior modo possibile a svolgere la procedura. La scelta del tipo di medicazione andrebbe attuata anche tenendo conto del dolore sofferto tra i vari cambi, in quanto ciò fornisce un segno sulle cause del dolore al momento di effettuare l'intervento. La medicazione copre visivamente la ferita consentendo alla persona di rimanere impegnato nelle attività quotidiane e distogliere l'attenzione sul dolore. La medicazione fa anche da barriera bloccando gli stimoli meccanici come l'attrito. Inoltre, l'occlusione da parte della medicazione può alterare la composizione dell'essudato della lesione e ridurre la concentrazione nella ferita di mediatori infiammatori quali le prostaglandine. È ormai noto da molto tempo che le

medicazioni che mantengono l'umidità nel letto della ferita favoriscono il processo di guarigione e sono meno dolorose di prodotti tradizionali quali le garze. Le informazioni più necessarie sono quelle che aiutino a comprendere l'impatto delle varie medicazioni sui vari tipi di lesione e sulle loro caratteristiche. Per esempio, una medicazione in poliuretano ideata per assorbire essudato applicata su una lesione con bassa essudazione provoca dolore dovuto all'assorbimento eccessivo (EWMA 2003).

Figura 12-Metodi di contenimento del dolore in sede di cambio della medicazione (EWMA, 2003, p.18).

Metodi di contenimento del dolore in sede di cambio della medicazione
Evitare di esporre la ferita a correnti d'aria provenienti da finestre aperte e a qualsiasi altro tipo di sollecitazione non necessaria. Non toccarla se non strettamente necessario
Al momento di intervenire, toccare la lesione delicatamente tenendo presente che anche il più lieve contatto può provocare dolore
Scegliere una medicazione: <ul style="list-style-type: none">- adatta al tipo di lesione- che mantenga l'umidità naturale della lesione in modo da ridurre l'attrito sulla superficie della stessa- che provochi il minimo dolore e meno traumi possibili al momento della rimozione- in grado di durare il più a lungo possibile in modo da ridurre il numero di cambi necessari
Scegliere un altro tipo di medicazione se: <ul style="list-style-type: none">- al momento della rimozione il paziente ha sofferto dolore, sanguinamento o traumi alla lesione o alla cute circostante- per togliere la medicazione è stato necessario bagnarla preventivamente
Leggere le istruzioni del fabbricante sui metodi di rimozione

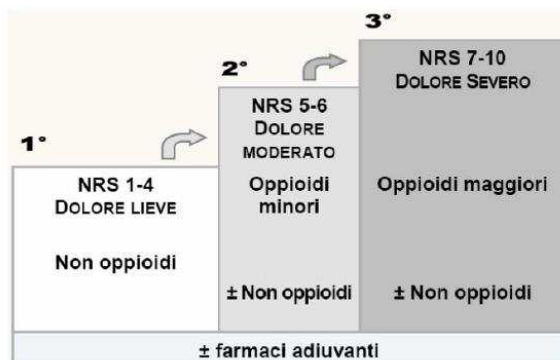
Analgesia

Gli analgesici possono limitare l'intensità o la durata del dolore, ma solo un anestetico locale totale applicato alla zona interessata è capace di eliminare tutte le sensazioni dolorose. Occorre affrontare il problema con una serie di tecniche diverse durante la procedura di applicazione e cambio della medicazione. In presenza di dolore da ferita o in mancanza di controllo efficace del dolore causato da altre patologie, il regime analgesico dell'assistito va rivisto e se necessario va consultato uno specialista. Non è sempre possibile aspettare l'intervento di uno specialista di dolori cronici prima di intervenire sul paziente, per cui occorre applicare nel frattempo i principi cardine di limitazione del dolore (EWMA 2003). Nel 1996 l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha indicato una scala a tre gradini per la gestione farmacologica del dolore, in prima istanza applicabile a quello oncologico, utilizzata successivamente anche per il trattamento del dolore non oncologico. Questo approccio fornisce indicazioni per la scelta

della terapia antidolorifica e consiste di tre gradini basati sull'intensità del dolore da cui deriva l'indicazione alla scelta della terapia analgesica più idonea (figura 13):

Figura 13- Scala a tre gradini per la gestione farmacologica del dolore indicata dall'OMS. (Mensurati, 2018 p.12) Fonte:

<http://www.distrettisanitari.it/attachments/article/124/Slide%20-%20Mensurati.pdf>



- dolore lieve (1-4): è indicato il trattamento con FANS o paracetamolo ± adiuvanti;
- dolore moderato (5-6): è indicato il trattamento con oppioidi minori ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti;
- dolore severo (7-10): è indicato il trattamento con oppioidi maggiori ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti.

Ad oggi, in carenza di ricerche che dimostrino nuovi e alternativi approcci, la scala a tre gradini dell'OMS è ancora da considerarsi il baluardo della strategia farmacologica per una appropriata gestione del dolore. Vi è un sempre più largo consenso circa l'uso flessibile della scala OMS e sull'indicazione a procedere velocemente al gradino successivo, in caso di inefficacia terapeutica. Tuttavia, occorre scegliere attentamente la strategia terapeutica che deve basarsi sull'intensità, sulla tipologia del dolore e sulle caratteristiche soggettive dell'assistito. La scala a tre gradini per la gestione farmacologica del dolore, secondo l'OMS, andrebbe inserita in una strategia globale che comprenda anche terapie non farmacologiche (Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica, Regione Emilia-Romagna, 2010). Senecal nel 1999 ha applicato questa scala al dolore da ferita, le opzioni raccomandate sono indicate nella figura 14 (EWMA 2003).

Figura 14-Impiego di analgesici raccomandato per alleviare dolori da lesione (EWMA,2003, p.17).

impiego di analgesici raccomandato per alleviare dolori da lesione

Opzione 1: impiego di FANS ± anestetico locale.

Opzione 2: oppiaceo leggero (somministrazione orale se possibile).

Opzione 3: sostituire l'oppiaceo leggero con analgesico a base di oppiaceo potente.

*Tratto e adattato da Senecal
1999*

L'analgesico da somministrare dovrebbe essere a effetto rapido, di facile titolazione e causare meno effetti collaterali possibili. La scelta viene comunque guidata dalla cartella clinica della persona, dall'intensità del dolore provato e dal contesto clinico specifico in cui si opera. Di seguito vengono analizzati i farmaci più richiamati in letteratura.

- FANS: i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) comprendono una serie di composti eterogenei, non correlati tra loro, che condividono i seguenti effetti terapeutici: azione antinfiammatoria, analgesica e antipiretica. Gli effetti collaterali sono principalmente gastrointestinali e, in parte, cardiovascolari. Il meccanismo d'azione si basa sull'inibizione della ciclossigenasi. La ciclossigenasi (COX) è l'enzima che consente la trasformazione dell'acido arachidonico a intermedi instabili (trombossani, prostaciline e prostaglandine) che attivano la risposta infiammatoria (UNIVPM, a.a. 2023-2024). Nell'utilizzo di questi farmaci occorre valutare l'impatto dell'allungamento del tempo di sanguinamento prima di iniziare la terapia. Vi sono FANS che intervengono selettivamente sull'enzima COX-2 senza inibire la sintesi di tutte le prostaglandine ma solo di quelle che trasmettono il dolore. I FANS da soli non sono in grado di controllare dolori da ferita di elevata intensità (EWMA, 2003). Tuttavia, i FANS selettivi della COX-2 sono un'alternativa terapeutica più costosa e sono utilizzati per evitare gli effetti avversi gastrointestinali dei FANS non selettivi (Amaechi et al., 2021).

- Paracetamolo: è un inibitore centrale delle cicloossigenasi, ha deboli effetti periferici ultimamente dimostrati. Il paracetamolo è tuttavia privo di effetti collaterali rispetto i farmaci antinfiammatori non steroidei. Il paracetamolo è disponibile per via orale, rettale, endovenosa. La combinazione di farmaci antinfiammatori non steroidei e paracetamolo è più efficace del singolo paracetamolo, ma il beneficio non è del tutto chiaro se confrontato con i farmaci antinfiammatori non steroidei usati da soli (Remy et al., 2006). Paracetamolo e farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) sono opzioni di trattamento di prima linea per la maggior parte delle persone con dolore acuto da lieve a moderato. Il paracetamolo è ben tollerato; tuttavia, dosi minori devono essere utilizzate in pazienti con malattia epatica avanzata, malnutrizione o grave disturbo da uso di alcol (Amaechi et al., 2021). Il suo utilizzo può rafforzare gli effetti analgesici dei FANS e promuovere effetti di risparmio della morfina quando utilizzato con oppioidi forti per la fase acuta dolore. Nel caso di dolore procedurale da cambio di medicazione della ferita, il paracetamolo 1 grammo deve essere somministrato per via orale almeno un'ora prima. Se il dolore persiste oltre la conclusione della medicazione, una ulteriore dose può essere assunta a distanza di quattro-sei ore (Richardson & Upton, 2011).
- Anestetici locali: l'utilizzo di queste forme farmaceutiche è associato a meno effetti collaterali sistemici per il paziente rispetto a quelli osservati con agenti somministrati per via orale o parenterale, rendendo la via di somministrazione topica attraente per sanitari e pazienti. Gli analgesici topici possono offrire sollievo per il trattamento di condizioni dolorose che sono attualmente difficili da trattare, come il dolore derivante da ustioni, debridement delle ferite e ulcere da pressione (Arnstein 2013). L'anestetico locale EMLA (1 g di crema contiene 25 mg di lidocaina e 25 mg di prilocaina) ha il vantaggio di penetrare nei tessuti quando applicato in occlusione con film, ma richiede un tempo di dieci minuti. L'Ecocain è una soluzione spray di lidocaina al 10%, alcool 95°, soluzione salina, che rispetto a EMLA determina un effetto anestetico più immediato, ma anche più superficiale, riducendo i tempi di medicazione. Di notevole importanza è che l'EMLA con la sua formulazione consente anche una buona gestione del dolore a riposo; pertanto, viene utilizzata per contrastare la risposta al dolore delle ulcere. La corretta gestione del dolore provato durante le procedure di debridement aiuta ad aumentare le probabilità di successo nel

trattamento del dolore a riposo, migliorando la qualità di vita degli assistiti. La diminuzione della quantità di dolore nell'intervento di sbrigliamento migliora il dolore a lungo termine e si traduce in un minor utilizzo di farmaci antinfiammatori, che sono associati a significativi effetti collaterali. D'altra parte, una buona pulizia del letto della lesione aumenta notevolmente la velocità di guarigione delle ulcere (Cuomo et al., 2015).

- **Medicazioni in schiuma a rilascio di ibuprofene:** il seguente studio tratta di un'analisi secondaria dei dati di uno studio multicentrico, randomizzato, a gruppi paralleli su persone con ferite essudanti dolorose di varie eziologie. Sono stati arruolati 853 assistiti nello studio. I pazienti sono stati randomizzati a una medicazione in schiuma contenente 112,5 mg di ibuprofene o alle migliori pratiche locali (LBP) per 5 giorni. Nei risultati è emerso che i pazienti sono stati categorizzati in base ai seguenti cinque tipi di ferite: ulcere delle gambe arteriose, venose, miste (arteriose-venose), vasculite e ulcere traumatiche. La medicazione in schiuma di ibuprofene è stata associata a un sollievo dal dolore significativamente maggiore rispetto alla LBP in tutti i diversi sottogruppi di eziologia delle ferite, sia croniche che acute. Le valutazioni dell'intensità del dolore hanno riportato risultati simili a favore della schiuma di ibuprofene rispetto alla LBP. Nelle conclusioni della ricerca si evince che la medicazione in schiuma di ibuprofene ha dimostrato di alleviare costantemente il dolore nelle ferite essudanti di varie eziologie, indipendentemente dall'intensità del dolore basale. I dati suggeriscono che il sollievo dal dolore locale con una medicazione in schiuma di ibuprofene è possibile nelle ferite più comuni, dolorose, essudanti, croniche, acute/traumatiche e quindi è una scelta più sicura al trattamento del dolore sistemico (Arapoglou et al., 2011).
- **Combinazione di oppioidi e analgesici semplici:** quando vengono utilizzati in associazione, gli oppioidi con gli inibitori della ciclossigenasi esercitano effetti additivi. Siccome possono essere impiegate dosaggi minori di ciascuno di questi farmaci per ottenere lo stesso grado di riduzione del dolore e gli effetti collaterali rimangono invariati, tali associazioni possono essere utilizzate per attenuare la gravità degli effetti collaterali dose-dipendente (Brugnolli & Saiani, 2020, p.1019, cap.24).
- **Oppioidi:** rappresentano la categoria di farmaci analgesici più potenti ad oggi disponibili. Possiedono un ampio spettro di efficacia, costituendo il prodotto più

affidabile per una rapida azione analgesica. Gli oppioidi generano analgesia agendo a livello del sistema nervoso centrale, attivano i neuroni che modulano in senso inibitorio la trasmissione del dolore e inibiscono in modo diretto l'attività dei neuroni che trasmettono le sensazioni dolorifiche. La maggior parte degli analgesici oppioidi attualmente disponibili in commercio agisce principalmente a livello dei recettori μ , conferendo la sedazione del dolore (Brugnolli & Saiani, 2020, p.1019, cap.24). Gli oppioidi leggeri come la codeina e il tramadolo somministrati un'ora prima dell'intervento di medicazione possono diminuire il dolore e il loro effetto si protrae per un periodo di tempo che va oltre la procedura di cambio medicazione. Gli oppioidi più forti quali la buprenorfina e la morfina andrebbero somministrati quando il dolore è talmente elevato da impedire all'assistito di sopportare la procedura (EWMA,2003). Nella somministrazione di questa categoria di farmaci occorre fare particolare attenzione agli effetti collaterali, come la depressione respiratoria, dipendenza fisica, nausea, vomito, stipsi. Il naloxone è l'antagonista degli oppioidi pertanto deve essere disponibile quando si somministrano questi farmaci stupefacenti. L'inizio della terapia richiede una scrupolosa valutazione del dosaggio e degli intervalli tra le somministrazioni. Gli effetti di questi farmaci sono legati al dosaggio, ma esiste una variabilità tra una persona e l'altra nei dosaggi che conferiscono sollievo dal dolore e quelle che causano effetti avversi. L'obiettivo cardine è quello di ottenere una soddisfacente sedazione del dolore (Brugnolli & Saiani, 2020, p.1019, cap.24).

5 PERCORSO ASSISTENZIALE

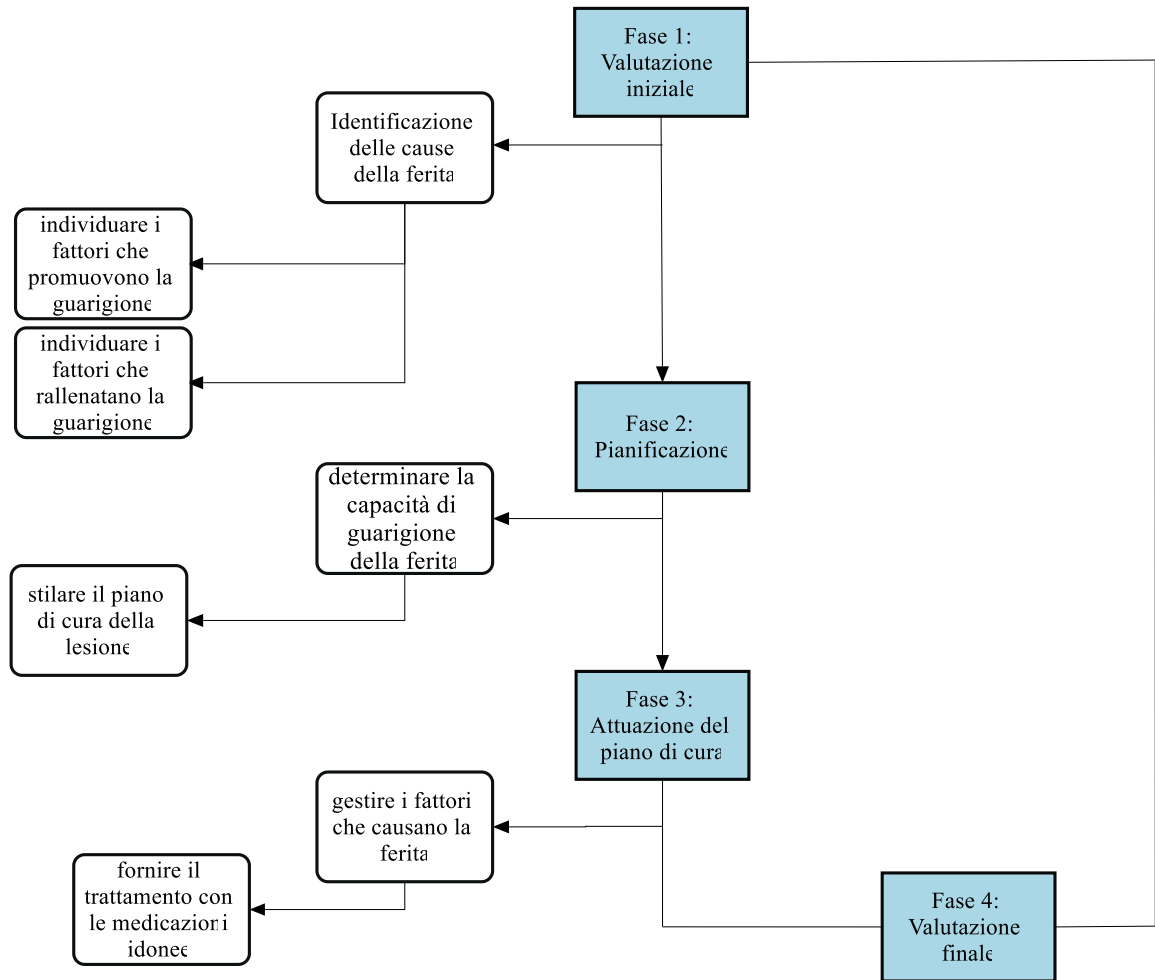
5.1 Come viene gestito il dolore procedurale da medicazione della ferita nelle cure domiciliari e ambulatori di ferite difficili nella provincia di Pesaro Urbino.

Le cure domiciliari hanno come obiettivo principale quello di favorire il mantenimento dello stato di benessere delle persone, di sostenere la permanenza, nel normale ambiente di vita e nel contesto sociale di riferimento, delle persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza, di ridurre l'esigenza di ricorso a strutture residenziali, nonché di promuovere la responsabilità della famiglia e supportarla nel lavoro di cura, anche favorendo l'uso di risorse formali e informali presenti nel territorio; infine, quello di migliorare la qualità della vita nell'ambito dei rapporti familiari e sociali. L'assistenza

domiciliare è l'insieme organizzato dei trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico (Ambiti territoriali sociali numero 6, 2018). Le cure domiciliari e l'ambulatorio di ferite difficili si collocano nell'ambito dell'assistenza distrettuale. Gli ambulatori di ferite difficili sono ambulatori a gestione infermieristica con personale esperto in *Wound Care*, che prendono in carico l'assistito portatore di lesioni cutanee acute o croniche; in particolare, rappresentano ambulatori di riferimento per persone autosufficienti a cui si accede su indicazione del Medico di Medicina Generale mediante compilazione della prescrizione per prestazioni ambulatoriali (Gazzetta Ufficiale, decreto del presidente del Consiglio dei ministri, 12 gennaio 2017, consultata 21 ottobre 2024). L'infermiere, al fine di rispondere ai bisogni assistenziali della persona, attua il processo di assistenza infermieristica che si compone di sei fasi:

1. Valutazione iniziale e accertamento: vengono raccolti i dati attraverso l'intervista all'assistito e ai familiari e la consultazione della documentazione.
2. Ragionamento Diagnostico e diagnosi infermieristiche: identificazione dei bisogni assistenziali della persona, capendo se il problema rientra nelle diagnosi infermieristiche o risulta essere di natura collaborativa e multidisciplinare.
3. Pianificazione dei risultati: gli obiettivi o risultati vanno accordati con l'assistito e devono essere realizzabili, per cui si differenziano in risultati a breve termine e risultati a lungo termine.
4. Pianificazione degli interventi infermieristici.
5. Gestione degli interventi e attività infermieristiche: vengono attuati gli interventi.
6. Valutazione dei risultati di salute (UNIVPM, a.a. 2023-2024).

Figura 15-Diagramma di flusso sul percorso assistenziale nella cura delle ferite. Il contenuto del diagramma è stato rielaborato dal libro cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche (Caula & Apostoli, 2011, p.39-45, cap.3).



L'infermiere delle cure domiciliari o dell'ambulatorio delle ferite nella fase uno di valutazione iniziale, attraverso la raccolta dati identifica l'eziologia della lesione cutanea, individua i fattori che promuovono la guarigione e quelli che la ritardano. Un fenomeno che può rallentare la guarigione è il dolore procedurale da medicazione della ferita: il sintomo doloroso percepito dalla persona influisce infatti negativamente sulla qualità di vita e sull'intervento di medicazione della ferita, non permettendo di portarlo

completamente a termine. L'infermiere nel territorio della provincia di Pesaro Urbino durante la procedura di medicazione effettua l'accertamento del dolore, rileva segni non verbali di algia, misura il grado di dolore percepito. Il dolore viene rilevato maggiormente attraverso la scala NRS-*numeric rating scale*, la scala Vas-*visual analogic scale* e, nei casi di assistiti con declino cognitivo, mediante la scala Painad. L'infermiere, in accordo con l'assistito, consulta il medico di medicina generale al fine di pianificare una gestione farmacologica idonea ad alleviare il dolore procedurale. Il farmaco viene concordato attraverso la collaborazione fra medico curante e infermiere: può essere prescritto, un'ora prima della medicazione o ad orario prestabilito in terapia del paziente. L'infermiere applica in autonomia le strategie di comfort e le misure non farmacologiche per alleviare il dolore durante la medicazione. Le tecniche non farmacologiche più riscontrate sono la distrazione uditiva, che mira a distrarre con l'eloquio la persona, il rilassamento attraverso respirazione ritmica e in un caso specifico l'induzione della comunicazione ipnotica, utilizzata da un infermiere formato nell'ambito. Successivamente il professionista sanitario si accerta che la persona riceva un sollievo significativo dal trattamento analgesico, rilevando nuovamente il dolore durante la procedura. In questo campo risulta essere fondamentale la collaborazione fra gli infermieri delle cure domiciliari e i medici di medicina generale nell'adottare interventi mirati alla riduzione del dolore procedurale da medicazione della ferita.

5.2 Questionario sulla gestione del dolore procedurale da medicazione della ferita nelle cure domiciliari e ambulatori di ferite difficili nella provincia di Pesaro Urbino.

L'idea di stesura del questionario nasce da un caso clinico trattato alle cure domiciliari di Mondolfo, dove nella lesione della persona, non si notavano miglioramenti significativi, dato che la medicazione non veniva portata a termine per l'elevato dolore arrecato all'assistito durante la procedura. Il questionario è stato somministrato dagli infermieri di cure domiciliari e ambulatori di ferite difficili che attraverso l'intervista e l'osservazione degli assistiti hanno compilato il quesito, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria. Il questionario è stato consegnato l'8 luglio e ritirato il 16 agosto. Il fine dello studio è individuare quanto il processo di medicazione arreca dolore alla persona, ed

eventualmente intervenire con un approccio palliativo per alleviarlo. Il questionario è anonimo, ai sensi del regolamento europeo sulla partecipazione dei dati (GDPR 2016/679).

5.3 Risultati

Scheda del questionario:

Distribuzione della popolazione:

- 16 femmine e 3 maschi hanno un'età maggiore uguale a 85 anni,
- 7 femmine e 3 maschi hanno un'età compresa fra 76 e 84 anni,
- 5 femmine e 4 maschi hanno un'età compresa fra 65 e 75 anni,
- 3 maschi hanno un'età compresa 55 e 64 anni,
- 1 maschio ha un'età compresa fra 35 e 54 anni.

Nel complesso ci sono 28 femmine e 14 maschi.

Paese di provenienza:

- 42 assistiti italiani.

Descrizione delle ferite:

- 10 lesioni da pressione (LDP), 8 ferite traumatiche, 8 ulcere vascolari arteriose, 6 ulcere vascolari venose ,3 ustioni, 2 ulcere vascolari miste, 2 ulcere diabetiche, 2 lesioni necrotiche, 1 ferita chirurgica.

Tipologia di medicazione applicata:

- 39 ferite son state trattate con medicazioni avanzate, mentre le restanti 3 con garze semplici.

La medicazione è stata effettuata presso:

- 32 ferite sono state medicate al domicilio della persona, 9 ferite nell'ambulatorio delle ferite difficili e 1 è stata trattata sia a domicilio che in ambulatorio.

Domande del questionario

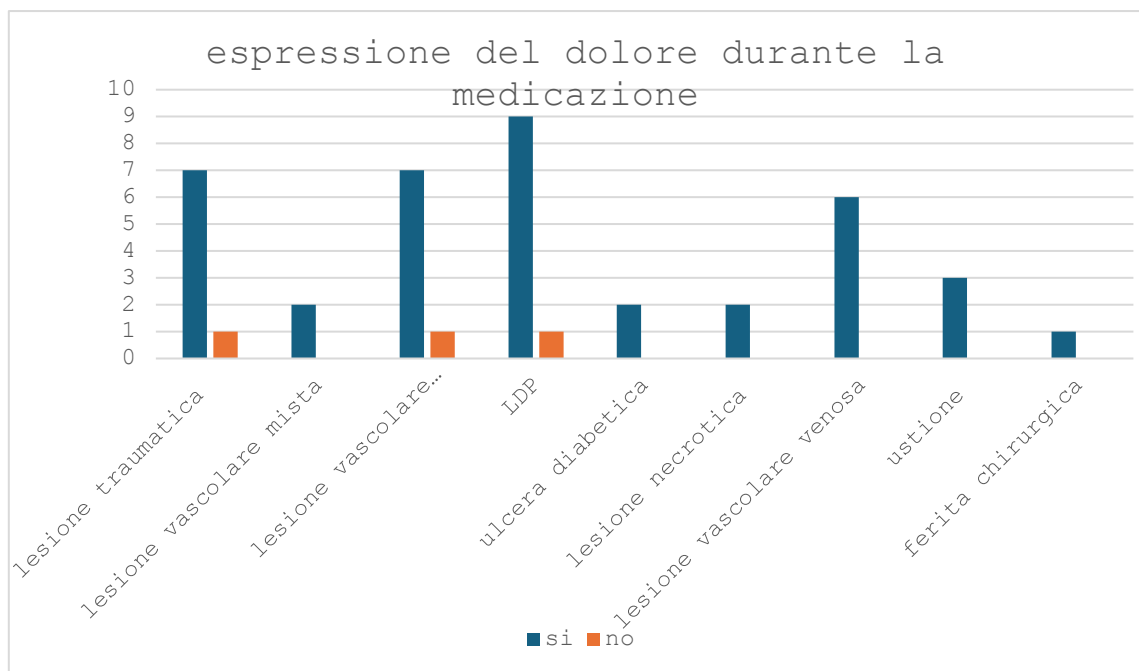
1. Da quanto tempo è presente la ferita?

- 8 assistiti hanno una ferita da meno di 25 giorni, 11 da 1-2 mesi, 17 da 3-6 mesi e 6 da 1-4 anni.

2. Percepisce dolore quando viene medicata la ferita?

- 39 persone percepiscono dolore durante la medicazione, 3 no.

Figura 16- presenza del dolore durante la medicazione in base alla tipologia di ferita.



Nel grafico si nota che le persone con lesioni da pressione (LDP) sono numerose e che 9 su 10 sono associate a dolore durante la medicazione, altro dato emergente è che 15 assistiti con lesioni vascolari (arteriose, venose, miste) su 16 hanno dolore procedurale, nei pazienti con lesioni traumatiche 7 su 8 percepiscono dolore nella procedura di medicazione. Di seguito, le 3 persone affette da ustioni, le 2 con lesioni necrotiche, le 2 con ulcere diabetiche e 1 con ferita chirurgica, provano tutte un dolore durante il processo di medicazione.

3. *Quali sensazioni, stati d'animo prova prima di medicare ferita?*

- 12 persone hanno provato paura, 3 paura e angoscia, 7 angoscia, 10 indifferenza e altre 10 sensazioni non specificate.

4. *Su scala NRS che va da 1 a 10 quanto dolore prova?*

- 3 persone non provano dolore, 5 persone provano dolore lieve che va da 1-3 nella scala NRS, 19 persone provano dolore moderato che va da 4-6 nella scala NRS, 15 persone provano dolore severo che va da 7-10 nella scala NRS.

5. *Percepisce un dolore (selezionare una o più opzioni):*

- 19 assistiti percepiscono un dolore intermittente, 5 percepiscono un dolore bruciante, 4 un dolore continuo, 5 un dolore lancinante e bruciante, 4 intermittente e lancinante, 1 intermittente e bruciante, 4 non hanno risposto.

6. *Quale passaggio della medicazione arreca più dolore alla ferita?*

- 24 assistiti hanno risposto il momento di pulizia della ferita, 3 hanno risposto la rimozione della precedente medicazione, 5 hanno risposto rimozione della precedente medicazione e momento di pulizia, 1 ha risposto applicazione della nuova medicazione e momento di pulizia, 5 hanno risposto che hanno dolore in tutte le fasi di medicazione.

7. *Il dolore si presenta dopo la medicazione?*

- 22 persone hanno risposto sì, 20 persone hanno risposto no.

8. *Il dolore condiziona le attività che svolge durante la routine e/o ne impedisce alcune?*

- 15 assistiti hanno risposto che il dolore condiziona le attività di routine, 27 assistiti hanno risposto che il dolore non condiziona le attività di routine.

Quali attività della routine sono condizionate?

- 8 assistiti hanno risposto deambulazione e 4 sonno e riposo.

9. Quali fra i seguenti segni e sintomi impattano sulla qualità di vita quotidiana:

- 20 persone hanno risposto dolore, 6 essudato, 1 odore, 1 dolore e odore, 1 dolore ed essudato, 1 dolore odore ed essudato, 12 nessuno.

10. Utilizza già farmaci e/o trattamenti topici per alleviare il dolore alla medicazione?

- 22 ferite son state trattate durante il dolore procedurale su indicazione medica, 2 son state trattate su iniziativa dell'assistito in modo autonomo, 18 non son state trattate.

Figura 17-lesioni trattate e non trattate farmacologicamente.

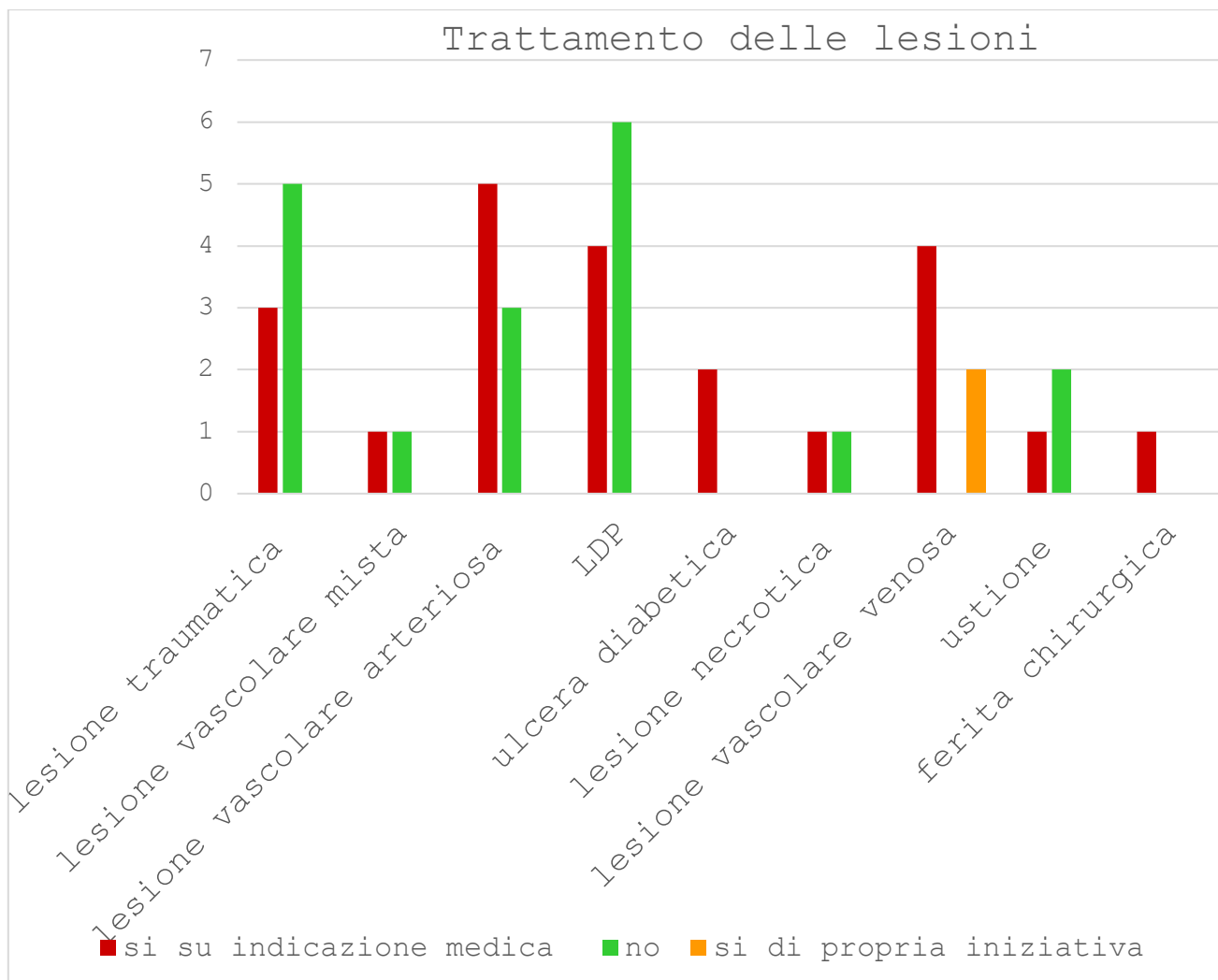
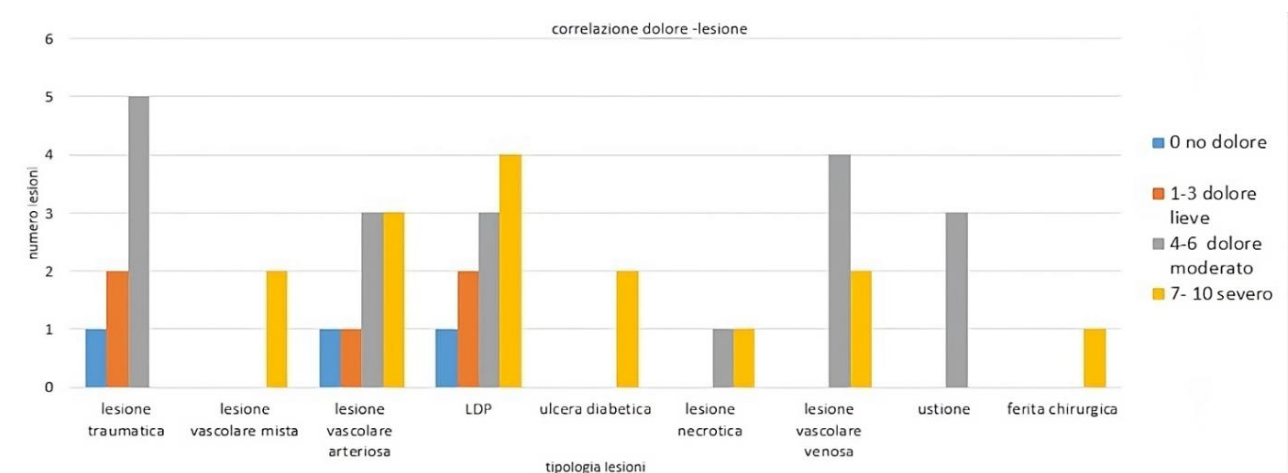


Figura 18-correlazione fra dolore e lesione.



Il secondo grafico rappresenta l'intensità del dolore procedurale in base alla ferita della persona: no dolore di colore blu, dolore lieve di colore arancione, il dolore moderato di colore grigio e il dolore severo di colore giallo. La correlazione fra il grafico della figura 17 e il grafico della figura 18 fa capire l'intensità di dolore su scala NRS provato dalla persona durante la medicazione della ferita (lieve, moderato, severo) e le lesioni che sono state trattate farmacologicamente.

11. *Se sì, quali?*

- 16 assistiti sono stati trattati solo con il paracetamolo, 1 con paracetamolo e anestetico locale, 1 con i FANS, 2 con i FANS e anestetici locali, 2 con soli anestetici locali, 1 con tachidol e lyrica, 1 con altro trattamento farmacologico non specificato.

12. *Ci sono persone che vivono con lei e/o l'assistono nelle attività della giornata?*

- 38 persone vivono con qualcuno o comunque sono assistite, 4 no.

13. *La ferita impatta sulla sua immagine corporea?*

- 18 persone hanno risposto che la ferita impatta sull'immagine corporea, 24 che la ferita non impatta sull'immagine corporea.

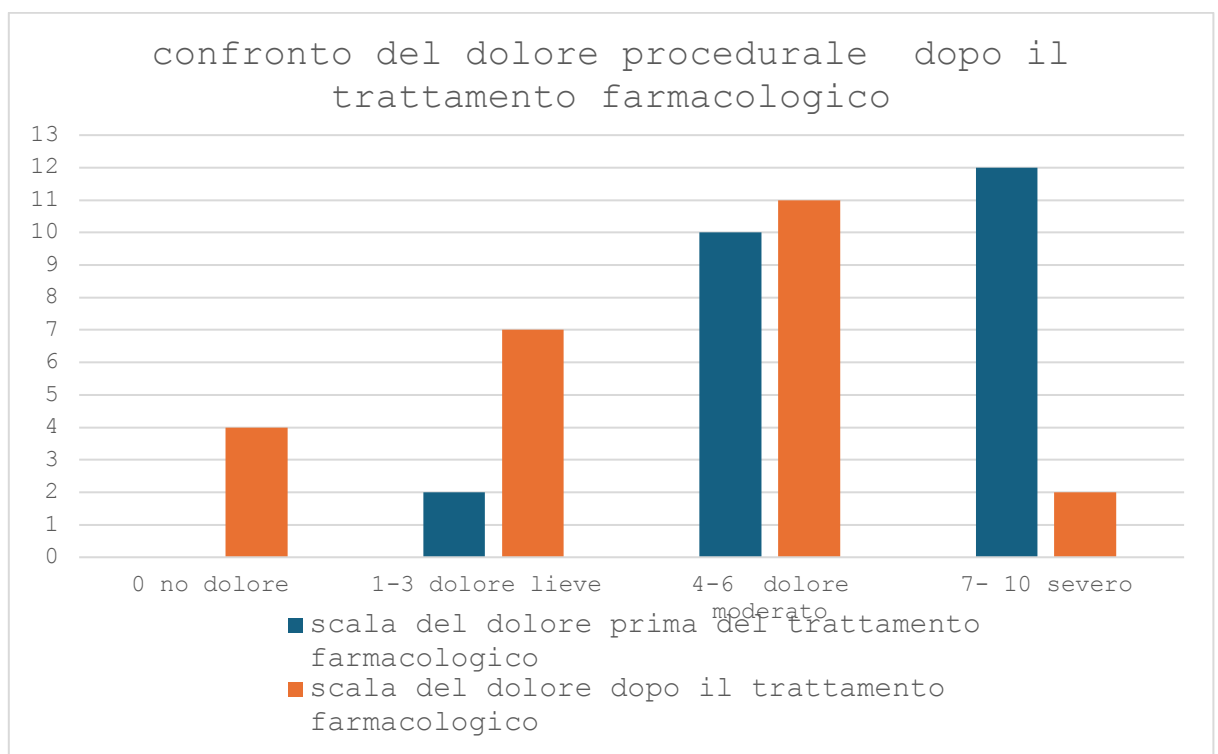
14. *La ferita impatta sui ruoli ricoperti in società e/o sulle relazioni con gli altri?*

- 14 assistiti hanno risposto che la ferita impatta sui ruoli e relazioni, 28 hanno risposto che la ferita non impatta.

15. Su una scala NRS che va da 1 a 10, quanto dolore prova dopo il trattamento farmacologico:

- 2 assistiti provano un dolore severo che va da 7-10 nella scala NRS, 11 provano un dolore moderato che va da 4-6 nella scala NRS, 9 un dolore lieve che va da 1-3 nella scala NRS, 4 non percepiscono dolore.

Figura 19-confronto del dolore procedurale prima e dopo il trattamento farmacologico.



Nel seguente grafico si può notare come diminuisce il dolore severo 7-10 dopo essere stato trattato farmacologicamente, aumenta il dolore lieve 1-3, quello moderato 4-6 aumenta di poco e ci sono quattro persone il cui dolore è stato alleviato completamente.

6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La cura palliativa delle ferite è un approccio infermieristico di gestione della ferita che privilegia il disagio emotivo, l'aspetto psicologico, il dolore della persona rispetto alla guarigione. Ogni operatore che prende in carico l'assistito domiciliare dovrebbe mantenere sempre alta l'attenzione nei confronti della dignità e della qualità di vita degli assistiti e del suo nucleo familiare: in altri termini, nei confronti del benessere a trecentosessanta gradi, anche per ciò che riguarda la gestione del dolore, inizialmente descritto come un sintomo, oggi vera e propria branca della medicina, con il compito peculiare di ricercare la causa al fine di prescrivere e somministrare delle terapie adatte a minimizzarlo. Il dolore va gestito in un'ottica multidisciplinare implementando protocolli, percorsi assistenziali, mantenendo sempre alta l'attenzione nei confronti della dignità e della qualità di vita degli assistiti, unici veri beneficiari del nostro agire professionale. Dall'analisi delle risposte dei questionari sono emersi alcuni dati di notevole importanza: 39 assistiti su 42 percepiscono dolore mentre la ferita viene medicata, 22 persone provano paura e angoscia ancor prima della medicazione, e 15 pazienti hanno affermato che il sintomo doloroso condiziona e/o impedisce le loro attività di routine. In particolare, tra questi quindici 8 hanno menzionato la deambulazione, 4 il sonno e il riposo. Come ultima analisi, su 42 persone con dolore durante la medicazione, 24 sono state trattate farmacologicamente, di cui 22 su indicazione medica mentre negli altri 2 casi gli assistiti hanno agito in autonomia propria; 18 non sono invece state trattate. Poco più della metà delle persone con dolore procedurale sono dunque state trattate dall'infermiere in collaborazione con il medico, e il dato su cui è importante prestare attenzione è che due assistiti che provavano dolore nel momento della medicazione hanno assunto farmaci agendo in autonomia. Il dolore, come si evince dal questionario e dallo studio della letteratura scientifica è il sintomo che ha impattato di più sulla vita delle persone. Il fine dell'elaborato consiste nella conoscenza della gestione del dolore procedurale da medicazione della ferita nelle cure domiciliari e ambulatori di ferite difficili nella provincia di Pesaro Urbino, analizzando il processo di trattamento che inizia dalla valutazione da parte dell'infermiere, prosegue con la gestione olistica che riguarda la combinazione di approcci psicosociali insieme alla gestione del dolore locale e sistemico, senza mai perdere di vista la persona. In questa fase risulta essere di fondamentale importanza la collaborazione tra infermiere e medico. Molti assistiti

percepiscono il dolore alla ferita durante tutta la giornata; occorre dunque operare al meglio come infermieri per minimizzare il sintomo al momento di medicazione, considerando che per assistere la persona portatrice di ulcera cutanea occorre uno sguardo che vada ben oltre la cura del ‘ ‘ buco sulla pelle’’: uno sguardo che raggiunga la profondità e la complessità della persona.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Amaechi, O., Huffman, M. M., & Featherstone, K. (2021). Pharmacologic Therapy for Acute Pain. *American family physician*, 104(1), 63–72.
- Angela Peghetti (2017, 8-10 giugno). 40° Edizione del congresso nazionale dell'AISD, Roma, Italia. <https://www.youtube.com/watch?v=9bcLmM2gC2o&t=222s>.
- Arapoglou, V., Katsenis, K., Syrigos, K. N., Dimakakos, E. P., Zakopoulou, N., Tsoutsos, D., ... & Petersen, B. (2011). Analgesic efficacy of an ibuprofenreleasing foam dressing compared with local best practice for painful exuding wounds. *journal of wound care*, 20(7), 319-325.
- Armstrong, D. G., Tan, T. W., Boulton, A. J. M., & Bus, S. A. (2023). Diabetic Foot Ulcers: A Review. *JAMA*, 330(1), 62–75. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.10578>
- Armstrong, S. A., & Herr, M. J. (2023). Physiology, Nociception. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Arnstein P. M. (2013). The future of topical analgesics. *Postgraduate medicine*, 125(4 Suppl 1), 34–41. <https://doi.org/10.1080/00325481.2013.1110567211>.
- Brugnolli, A., Fedrozzi, L., Lechthaler, E., & Milani, A., 2020. Gestione del dolore acuto e cronico. In A. Brugnolli, & L. Saiani, Trattato di cure infermieristiche III Edizione (pp.987-1031). Sorbona.
- Calne, S., Moffatt, C., Briggs, M., Hollinworth, H., Meaume, S., Peditani, R., Romanelli, M., Ágreda, J.S., Torra I Bou, J., Vanscheidt, W., Day, K., Walker, J., Print, H., Jones, J., Translations, A., (2003). Il dolore in sede di cambio della medicazione. *Documento di posizionamento*, European Wound Management Association (EWMA), 1-20. <https://riparazionetessutale.it/wp-content/uploads/2022/05/Il-dolore-in-sede-di-cambio-della-medicazione.pdf>.
- Caula, C. & Apostoli, A. (2011). Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche, Manuale per l'infermiere. Maggioli editore
- Chrisman, C. A. (2010). Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *International wound journal*, 7(4), 214–235. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2010.00682.x>
- Cuomo, R., D'Aniello, C., Grimaldi, L., Nisi, G., Botteri, G., Zerini, I., & Brandi, C. (2015). EMLA and Lidocaine Spray: A Comparison for Surgical Debridement in

- Venous Leg Ulcers. *Advances in wound care*, 4(6), 358–361. <https://doi.org/10.1089/wound.2014.0605>
- Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 -Suppl. Ordinario n. 15).<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>
 - Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), Codice Deontologico, capo IV articolo 18 – Dolore. https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf
 - Figiel-Dabrowska, A., Krzesniak, N. E., Noszczyk, B. H., Domanska-Janik, K., & Sarnowska, A. (2022). Efficiency assessment of irrigation as an alternative method for improving the regenerative potential of non-healing wounds. *Wound repair and regeneration: official publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society*, 30(3), 303–316. <https://doi.org/10.1111/wrr.13013>
 - Finnerup, N. B., Kuner, R., & Jensen, T. S. (2021). Neuropathic Pain: From Mechanisms to Treatment. *Physiological reviews*, 101(1), 259–301. <https://doi.org/10.1152/physrev.00045.2019>
 - Frescos N. (2018). Assessment of pain in chronic wounds: A survey of Australian health care practitioners. *International wound journal*, 15(6), 943–949. <https://doi.org/10.1111/iwj.12951>
 - Furlini, S., Peghetti, A., Farris, A., Paladino, D., Rasero, L., Somà, K., Coppi, C., Secreto, P., Scalise, A., Lo Palo, E., Pomponio, G., Losa, L., Liberale, F., Bianchi, T., Papa, G., Gallo, M., Bonezzi, C., Polignano, R., Pinelli, L., ...Cinghine Massidda, M. (2010), Linee Guida AIUC-AISLEC per la gestione del dolore nel paziente con lesione cutanea cronica [Brochure]. <https://www.aiuc.it/files/LineeGuidaAIUCita1.pdf>.
 - Hau, E., Vignon Pennamen, M. D., Battistella, M., Saussine, A., Bergis, M., Cavellier-Balloy, B., Janier, M., Cordoliani, F., Bagot, M., Rybojad, M., & Bouaziz, J. D. (2014). Neutrophilic skin lesions in autoimmune connective tissue diseases: nine cases and a literature review. *Medicine*, 93(29), e346. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000346>

- Jaul, E., Barron, J., Rosenzweig, J. P., & Menczel, J. (2018). An overview of comorbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC geriatrics*, *18*(1), 305. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0997-7>
- Lee, Y. N., & Chang, S. O. (2022). How do wound care nurses structure the subjective frame on palliative wound care? A Q-methodology approach. *BMC nursing*, *21*(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00900-7>
- Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica, Regione Emilia-Romagna, Dossier 194-2010. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/archivio/linee-dolore-area-medica>
- Ma, Y., Li, Y., Wang, C., Zhang, Y., Wang, L., Hu, R., Yin, Y., & He, F. (2024). Effects of non-pharmacological interventions on pain in wound patients during dressing change: A systematic review. *Nursing open*, *11*(2), e2107. <https://doi.org/10.1002/nop2.2107>
- Mayrovitz, H. N., Wong, S., & Mancuso, C. (2023). Venous, Arterial, and Neuropathic Leg Ulcers with Emphasis on the Geriatric Population. *Cureus*, *15*(4), e38123. <https://doi.org/10.7759/cureus.38123>
- Ministero della Salute, Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione – Anno 2015 https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2310_allegato.pdf
- Ministero della Salute, I principi della legge 15 marzo 2010, n. 38, – Anno 2013. https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3755&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge
- Molero Jurado, M. D. M., Herrera-Peco, I., Pérez-Fuentes, M. D. C., Oropesa Ruiz, N. F., Martos Martínez, Á., Ayuso-Murillo, D., & Gázquez Linares, J. J. (2021). Communication and humanization of care: Effects over burnout on nurses. *PLoS one*, *16*(6), e0251936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251936>
- Nielson, C. B., Duethman, N. C., Howard, J. M., Moncure, M., & Wood, J. G. (2017). Burns: Pathophysiology of Systemic Complications and Current Management. *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association*, *38*(1), e469–e481. <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000355>

- Price, P., Fogh, K., Glynn, C., Krasner, D. L., Osterbrink, J., & Sibbald, R. G. (2007). Managing painful chronic wounds: the Wound Pain Management Model. *International wound journal*, 4 Suppl 1(Suppl 1), 4–15. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2007.00311.x>
- Resnick, B., Boltz, M., Galik, E., Holmes, S., Vigne, E., Fix, S., & Zhu, S. (2019). Pain Assessment, Management, and Impact Among Older Adults in Assisted Living. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 20(3), 192–197. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.02.008>
- Richardson, C., & Upton, D. (2011). Managing pain and stress in wound care. *Wound UK*, 7(4), 100-107.
- Rivista Scientifica della Scuola Istruzione a Distanza, Università degli Studi di Roma Tor Vergata 2012. https://art.torvergata.it/retrieve/e291c0d4-73c8-cddb-e053-3a05fe0aa144/rivista-IaD_n6-2012_lozupone%20%281%29.pdf
- Romanowski, K. S., Carson, J., Pape, K., Bernal, E., Sharar, S., Wiechman, S., Carter, D., Liu, Y. M., Nitzschke, S., Bhalla, P., Litt, J., Przkora, R., Friedman, B., Popiak, S., Jeng, J., Ryan, C. M., & Joe, V. (2020). American Burn Association Guidelines on the Management of Acute Pain in the Adult Burn Patient: A Review of the Literature, a Compilation of Expert Opinion, and Next Steps. *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association*, 41(6), 1129–1151. <https://doi.org/10.1093/jbcr/iraa119>
- Sanchez Sotomayor, A., Lach, A., Colognesi, S., Di Mauro, S., (2019). Elaborazione di una scheda informatizzata per la valutazione e monitoraggio delle lesioni da pressione, rivista l’infermiere n°6, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), 1-5. <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/01/Elaborazione-di-una-scheda-informatizzata-per-la-valutazione-e-monitoraggio-delle-lesioni-da-pressione-1.pdf>
- Sezgin, D., Geraghty, J., Graham, T., Blomberg, K., Charnley, K., Dobbs, S., McElvaney, A., Probst, S., Beeckman, D., Grocott, P., & Gethin, G. (2023). Defining palliative wound care: A scoping review by European Association for Palliative Care wound care taskforce. *Journal of tissue viability*, 32(4), 627–634. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.07.002>

- Shanmugam, V. K., Angra, D., Rahimi, H., & McNish, S. (2017). Vasculitic and autoimmune wounds. *Journal of vascular surgery. Venous and lymphatic disorders*, 5(2), 280–292. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2016.09.006>
- Simona Magi (2023-2024). Farmaci antinfiammatori non steroidei (F.A.N.S). [PowerPoint]. Learn Univpm. https://learn.univpm.it/pluginfile.php/930368/mod_resource/content/1/Infiammazione-FANS%20new%20INF.pdf
- Remy, C., Marret, E., & Bonnet, F. (2006). State of the art of paracetamol in acute pain therapy. *Current opinion in anaesthesiology*, 19(5), 562–565. <https://doi.org/10.1097/01.aco.0000245285.30282.70>
- Stadiazione NPUAP EPUAP PPIA 2014. Fonte: https://www.burlo.trieste.it/sites/default/files/slidescorsi/stadiazione_NPUAP_EPUAP_PPPIA_2014.pdf
- Stroal, R., Dissemond, J., Jordan O'Brien, J., Piaggese, A., Rimdeika, R., Young, T., Apelqvist, J., (2013). European Wound Management Association (EWMA), 1-49.
- Testo Unico Regolamentare per la disciplina delle prestazioni e dei servizi socioassistenziali, Ambiti territoriali sociali numero 6, 2018. [https://mycity.s3.sbg.io.cloud.ovh.net/678601/Testo%20Unico%20regolamentare%20oper%20la%20disciplina%20prestazioni%20e%20servizi%20socio-assistenziali%20\(Ambito%20Sociale%206\).pdf](https://mycity.s3.sbg.io.cloud.ovh.net/678601/Testo%20Unico%20regolamentare%20oper%20la%20disciplina%20prestazioni%20e%20servizi%20socio-assistenziali%20(Ambito%20Sociale%206).pdf).
- Tiziana Benedetti (2023-2024) Il processo di assistenza infermieristica e le sue fasi. [PowerPoint]. LearnUnivpm. https://learn.univpm.it/pluginfile.php/903424/mod_resource/content/1/19_il%20PAI.pdf
- Woo K. Y. (2014). Management of non-healable or maintenance wounds with topical povidone iodine. *International wound journal*, 11(6), 622–626. <https://doi.org/10.1111/iwj.12017>

ALLEGATI

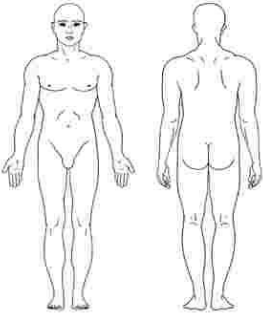
Allegato 1- Mc Gill pain questionnaire (MPQ Melzach 1975). Fonte: <https://www.carepatron.com/templates/mcgill-pain-scale>

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name: _____ Date Accomplished: _____

Clinician's name: _____

Instructions: Please select which words describe your pain by ticking the buttons for each subcategory.

<p>1. FLICKERING (1) <input type="radio"/></p> <p>QUIVERING (2) <input type="radio"/></p> <p>PULSING (3) <input type="radio"/></p> <p>THROBBING (4) <input type="radio"/></p> <p>BEATING (5) <input type="radio"/></p> <p>POUNDING (6) <input type="radio"/></p>	<p>TAUT (2) <input type="radio"/></p> <p>RASPING (3) <input type="radio"/></p> <p>SPLITTING (4) <input type="radio"/></p>	<p>Sensory Score (Items 1-10): _____</p> <p>Affective Score (Items 11-15): _____</p> <p>Evaluative Score (Item 16): _____</p> <p>Total Score (Pain Rating Index): _____</p> <p>Present Pain Intensity (PPI): _____</p>									
<p>2. JUMPING (1) <input type="radio"/></p> <p>FLASHING (2) <input type="radio"/></p> <p>SHOOTING (3) <input type="radio"/></p>	<p>11. TIRING (1) <input type="radio"/></p> <p>EXHAUSTING (2) <input type="radio"/></p>										
<p>3. PRICKING (1) <input type="radio"/></p> <p>BORING (2) <input type="radio"/></p> <p>DRILLING (3) <input type="radio"/></p> <p>STABBING (4) <input type="radio"/></p> <p>LANCINATING (5) <input type="radio"/></p>	<p>12. SICKENING (1) <input type="radio"/></p> <p>SUFFOCATING (2) <input type="radio"/></p>	<p>PPI</p> <p>0 NO PAIN <input type="checkbox"/></p> <p>1 MILD <input type="checkbox"/></p> <p>2 DISCOMFORTING <input type="checkbox"/></p> <p>3 DISTRESSING <input type="checkbox"/></p> <p>4 HORRIBLE <input type="checkbox"/></p> <p>5 EXCRUCIATING <input type="checkbox"/></p>									
<p>4. SHARP (1) <input type="radio"/></p> <p>CUTTING (2) <input type="radio"/></p> <p>LACERATING (3) <input type="radio"/></p>	<p>13. FEARFUL (1) <input type="radio"/></p> <p>FRIGHTFUL (2) <input type="radio"/></p> <p>TERRIFYING (3) <input type="radio"/></p>										
<p>5. PINCHING (1) <input type="radio"/></p> <p>PRESSING (2) <input type="radio"/></p> <p>GNAWING (3) <input type="radio"/></p> <p>CRAMPING (4) <input type="radio"/></p> <p>CRUSHING (5) <input type="radio"/></p>	<p>14. PUNISHING (1) <input type="radio"/></p> <p>GRUELING (2) <input type="radio"/></p> <p>CRUEL (3) <input type="radio"/></p> <p>VICIOUS (4) <input type="radio"/></p> <p>KILLING (5) <input type="radio"/></p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>BRIEF <input type="radio"/></td> <td>RHYTHMIC <input type="radio"/></td> <td>CONTINUOUS <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>MOMENTARY <input type="radio"/></td> <td>PERIODIC <input type="radio"/></td> <td>STEADY <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>TRANSIENT <input type="radio"/></td> <td>INTERMITTENT <input type="radio"/></td> <td>CONSTANT <input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>	BRIEF <input type="radio"/>	RHYTHMIC <input type="radio"/>	CONTINUOUS <input type="radio"/>	MOMENTARY <input type="radio"/>	PERIODIC <input type="radio"/>	STEADY <input type="radio"/>	TRANSIENT <input type="radio"/>	INTERMITTENT <input type="radio"/>	CONSTANT <input type="radio"/>
BRIEF <input type="radio"/>	RHYTHMIC <input type="radio"/>		CONTINUOUS <input type="radio"/>								
MOMENTARY <input type="radio"/>	PERIODIC <input type="radio"/>	STEADY <input type="radio"/>									
TRANSIENT <input type="radio"/>	INTERMITTENT <input type="radio"/>	CONSTANT <input type="radio"/>									
<p>6. TUGGING (1) <input type="radio"/></p> <p>PULLING (2) <input type="radio"/></p> <p>WRENCHING (3) <input type="radio"/></p>	<p>15. WRETCHED (1) <input type="radio"/></p> <p>BLINDING (2) <input type="radio"/></p>										
<p>7. HOT (1) <input type="radio"/></p> <p>BURNING (2) <input type="radio"/></p> <p>SCALDING (3) <input type="radio"/></p> <p>SEARING (4) <input type="radio"/></p>	<p>16. ANNOYING (1) <input type="radio"/></p> <p>TROUBLESOME (2) <input type="radio"/></p> <p>MISERABLE (3) <input type="radio"/></p> <p>INTENSE (4) <input type="radio"/></p> <p>UNBEARABLE (5) <input type="radio"/></p>	 <p><input type="radio"/> E = EXTERNAL</p> <p><input type="radio"/> I = INTERNAL</p> <p>CIRCLE THE BODY PART BEING TREATED TODAY</p>									
<p>8. TINGLING (1) <input type="radio"/></p> <p>ITCHY (2) <input type="radio"/></p> <p>SMARTING (3) <input type="radio"/></p> <p>STINGING (4) <input type="radio"/></p>	<p>17. SPREADING (1) <input type="radio"/></p> <p>RADIATING (2) <input type="radio"/></p> <p>PENETRATING (3) <input type="radio"/></p> <p>PIERCING (4) <input type="radio"/></p>										
<p>9. DULL (1) <input type="radio"/></p> <p>SORE (2) <input type="radio"/></p> <p>HURTING (3) <input type="radio"/></p> <p>ACHING (4) <input type="radio"/></p> <p>HEAVY (5) <input type="radio"/></p>	<p>18. TIGHT (1) <input type="radio"/></p> <p>NUMB (2) <input type="radio"/></p> <p>DRAWING (3) <input type="radio"/></p> <p>SQUEEZING (4) <input type="radio"/></p> <p>TEARING (5) <input type="radio"/></p>	<p>COMMENTS:</p>									
<p>10. TENDER (1) <input type="radio"/></p>	<p>19. COOL (1) <input type="radio"/></p> <p>COLD (2) <input type="radio"/></p> <p>FREEZING (3) <input type="radio"/></p>										
	<p>20. NAGGING (1) <input type="radio"/></p> <p>NAUSEATING (2) <input type="radio"/></p> <p>AGONIZING (3) <input type="radio"/></p> <p>DREADFUL (4) <input type="radio"/></p> <p>TORTURING (5) <input type="radio"/></p>										

<https://Carepatron.com>

Powered by  carepatron

Allegato 3- Painad scale. Fonte: <https://www.fisioscience.it/scale-valutazioni/painad-pain/>

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

Allegato 4-Questionario di tesi.



AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE

Prot. n.
 Id. n.


Pesaro, li

**UNIVERSITA' POLITECNICA
DELLE MARCHE
POLO DIDATTICO DI PESARO**

**Oggetto: RILASCIO: Autorizzazione alla somministrazione di questionario per tesi: studente:
LORENZO PIGLIAPOCO**

**Con riferimento alla V/s richiesta 0037698|21/06/2024|AST-PUMN|AAGG|Adi pari oggetto, si rilascia
autorizzazione in favore della studente :**
LORENZO PIGLIAPOCO

Distinti saluti.

PROFESSIONI SANITARIE
Dott.ssa  Stefania Rasori

Direttore Sanitario
Dott.  Edoardo Berselli

Servizio Sanitario Regione Marche
AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE PESARO URBINO
Sede legale: Piazzale Cinelli 4 – 61121 Pesaro _ Partita Iva 02789340417
PEC: ast.pesarourbino901@emarche.it, ast.pesarourbino@emarche.it



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE



Facoltà di Medicina
e Chirurgia

Dott. E. Berselli
Direttore Sanitario FF

Dott.ssa S. Rasori
Dirigente Professioni Sanitarie IOTR

AST Pesaro Urbino

Prot. 74/24
del 21.06.24

**OGGETTO: richiesta di autorizzazione alla somministrazione di questionario e raccolta dati per tesi -
studente LORENZO PIGLIAPOCO**

La presente per richiedere l'autorizzazione alla somministrazione di un questionario e la raccolta di dati attraverso la piattaforma Sirte, da parte del Sig.re Lorenzo Pigliapoco, studente laureando del C.L. in Infermieristica – Università Politecnica delle Marche – Polo di Pesaro.

Il questionario in allegato, rappresenta lo strumento per raccogliere informazioni utile ai fini della redazione della tesi di laurea su: *Palliative wound care, umanizzazione delle cure. Approccio al dolore nella medicazione della ferita; prima della ferita c'è la persona, ruolo dell'infermiere.* (Relatore: Dott.ssa L. De Col; Correlatore: Dott. M. Romitelli).

In particolare, il questionario sarà compilato dagli Infermieri che operano nell'ambito delle Cure Domiciliari e negli Ambulatori delle Ferite Difficili di Pesaro, Fano e Mondolfo. La consultazione del portale Sirte avverrà sotto la guida ed indicazioni del Correlatore.

Si precisa che il laureando:

- garantirà la riservatezza delle informazioni ed il massimo rispetto della privacy delle persone intervistate e dei dati raccolti (ai sensi del Regolamento UE 216/679 - GDPR).
- provvederà a concordare con il Coordinatore inf.co del Servizio/Ambulatorio coinvolto, modalità e tempi per la consegna del questionario e la consultazione del portale Sirte.

Fiduciosa in un cortese e positivo riscontro, si ringrazia anticipatamente e si porgono cordiali saluti.

Pesaro, il 21/06/2024

Il Direttore ADP
C.L. in Infermieristica Polo didattico di Pesaro
(Dott.ssa T. Benedetti)

Recapito studente:
PIGLIAPOCO LORENZO
e-mail: lorenzopigliapoco605@gmail.com
Tel 3294556842

SEDE
Via Tronto 10/a
Torrette di Ancona - 60126 / Italia
www.univpm.it

POLO DIDATTICO DI PESARO
Corso di Laurea in Infermieristica
c/o Azienda Sanitaria Territoriale
Pesaro Urbino – stabilimento di Muraglia
Via Lombroso s.n.
61122 Pesaro
Tel. 0721 365311

Questionario di tesi

Salve, mi chiamo Lorenzo Pigliapoco, studente del terzo anno del corso di laurea di infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, sede di Pesaro. Chiedo la sua collaborazione nel compilare il seguente questionario; esso è rivolto agli infermieri, i quali attraverso l'intervista e l'osservazione degli assistiti che presentano una medicazione per una ferita potenzialmente dolorosa, compileranno tutti i campi previsti. L'idea della tesi nasce da un caso clinico, affrontato alle cure domiciliari di Mondolfo, dove nella ferita non si notavano miglioramenti significativi, dato che la medicazione non veniva completata per l'elevato dolore arrecato all'assistita durante la procedura. Il fine dello studio è individuare quanto il processo di medicazione arreca dolore alla persona, ed eventualmente intervenire con un approccio palliativo per alleviarlo. Il questionario è anonimo, ai sensi del regolamento europeo sulla partecipazione dei dati (GDPR 2016/679) e la compilazione richiederà circa 10 minuti di tempo. La ringrazio per la Sua collaborazione e partecipazione al quesito di tesi. Cordiali saluti, Lorenzo.

Sesso dell'assistito: Maschio <input type="checkbox"/>
Femmina <input type="checkbox"/>
Paese di provenienza dell'assistito:
Età:
Descrizione della ferita:
Tipologia di medicazione applicata:
La medicazione si sta effettuando presso: L'ambulatorio delle ferite <input type="checkbox"/>
Il domicilio dell'assistito <input type="checkbox"/>

1. Da quanto tempo è presente la ferita?
2. Percepisce dolore quando viene medicata la ferita?
 - o Sì
 - o No
3. Quali sensazioni, stati d'animo prova prima di medicare la ferita?
 - o Indifferenza
 - o Angoscia
 - o Paura
 - o Altre

Questionario di tesi

4. Su una scala numerica che va da 1 a 10 quanto dolore prova?



5. Percepisce un dolore (selezionare una o più opzioni):

- Continuo
- Intermittente
- Lancinante
- Bruciante

6. Quale passaggio della medicazione arreca più dolore alla ferita:

- rimozione della precedente medicazione
- momento di pulizia della ferita
- applicazione della nuova medicazione
- tutte le precedenti

7. Il dolore si presenta dopo la medicazione?

- Sì → Quando? (subito dopo la medicazione / a distanza di ore)
- No

8. Il dolore condiziona le attività che svolge durante la routine e/o ne impedisce alcune?

- Sì → Quali?
- No

9. Quali fra i seguenti segni e sintomi impattano sulla sua qualità di vita quotidiana:

- Odore
- Dolore
- Essudato (medicazione sempre bagnata)
- Sanguinamento
- Nessuno

Questionario di tesi

10. Utilizza già farmaci e/o trattamenti topici per alleviare il dolore alla medicazione?

- Sì, di propria iniziativa
- Sì, su indicazione medica
- No

11. Se sì, quali?

- Paracetamolo
- Antinfiammatori (FANS)
- Medicazioni a base di Ibuprofene
- Anestetici locali
- Altro

12. Ci sono persone che vivono con lei e/o l'assistono nelle attività della giornata?

- Sì
- No

13. La ferita impatta sulla sua immagine corporea?

- Sì
- No

14. La ferita impatta sui ruoli ricoperti in società e/o sulle relazioni con gli altri?

- Sì
- No

15. Su una scala numerica che va da 1 a 10, quanto dolore prova dopo il trattamento farmacologico:

