"*Il dolore è ancora più dolore se tace*"

(Giovanni Pascoli)

Sommario

INTRODUZIONE **3**

CAPITOLO 1. IL DOLORE NELLA CLINICA **5**

1.1 DEFINIZIONE DI DOLORE E IMPORTANZA INFERMIERISTICA 5

1.2 TIPI DI DOLORE 7

1.2.1 IL DOLORE ACUTO 7

1.2.2 IL DOLORE CRONICO 8

1.2.3 IL DOLORE TRANSITORIO 11

1.2.4 IL DOLORE NOCICETTIVO 11

1.2.5 IL DOLORE NEUROPATICO 12

1.2.6 IL DOLORE ONCOLOGICO 12

1.2.7 TOTAL PAIN 16

1.3 IL PROCESSO DI NURSING APPLICATO AL PAZIENTE CON ALGIA 17

1.4 SCALE DI MISURAZIONE 20

1.4.1 SCALE DI MISURAZIONE NEL RAGAZZO E NELL'ADULTO 21

1.4.2 SCALE DI MISURAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA 25

1.4.3 SCALE DI MISURAZIONE IN ETÀ NEONATALE 26

CAPITOLO 2. NORMATIVE SUL DOLORE **28**

2.1 Leggi a tutela del dolore: Legge 38/2010 28

2.1.1 Legge 38/2010 Articolo 1 - Introduzione 29

2.1.2 Legge 38/2010, Articolo 5 31

2.1.3 Legge 38/2010: Articolo 7 33

2.2 Comitati "Ospedale senza dolore" 34

2.3 Cure Palliative e Hospice 36

CAPITOLO 3. GESTIONE DEL DOLORE NEL DIPARTIMENTO MEDICO DELL'OSPEDALE DI FERMO **42**

Conclusione **69**

Bibliografia **71**

Sitografia **72**

ALLEGATI **73**

INTRODUZIONE

Tutti hanno provato dolore almeno una volta nella vita. Per ciascuna persona, possono essere diverse l'intensità, la capacità di sopportazione e l'influenza sulla vita lavorativa e relazionale ma chiunque, a modo suo, può rendersi conto di cosa si tratta. Spesso il dolore è utile perché si presenta come un sintomo di una situazione patologica esistente mettendo il diretto interessato in allarme. Altre volte si presenta in maniera costante, quasi opprimente, e inizia ad essere il compagno di vita di chi lo prova, come malattia. In effetti il dolore, quando cronicizza, quando interferisce appieno nella qualità di vita delle persone, è una malattia a tutti gli effetti. In campo chirurgico, si parla di dolore utile e la maggior parte delle volte è un dolore temporaneo, causato da un danno che probabilmente verrà poi riparato con un'operazione chirurgica. In area medica, invece, è totalmente diverso: qualche volta è legato ad una malattia cronica e cronico diventerà anche il dolore; a volte si presenta come un dolore di causa ignota; in altre circostanze, la causa è oncologica e il dolore è l'ennesimo ostacolo da sopportare prima di arrivare alla guarigione o ad una terapia palliativa. La sua gestione è da anni oggetto di studi in quanto, nonostante sia un sintomo fastidioso e invadente, molto spesso è sottovalutato. In tempi più recenti, sono stati fatti molti progressi infatti il dolore, dapprima, è stato introdotto come quinto parametro vitale; successivamente è stato inserito

l'obbligo di riportarne la rilevazione in cartella. Nonostante ciò, soprattutto nel Dipartimento Medico, non viene ancora considerato come merita e la letteratura insegna che la gestione da parte degli infermieri, nel Dipartimento in questione, è spesso carente. Questa messa in secondo piano del dolore avviene nonostante il 63% circa dei pazienti ricoverati in area medica riferisce di averne. La prima parte del presente trattato vuol essere un'analisi della letteratura esistente soprattutto per quanto riguarda la difficoltà di trovare una definizione che meglio rappresenti un sintomo così soggettivo e i tipi di dolore; seguiranno le responsabilità infermieristiche nella gestione dello stesso. Verranno poi spiegati i mezzi per la rilevazione del dolore; la seconda parte tratterà l'argomento dal punto di vista giuridico: si andranno ad osservare le leggi a tutela del paziente che lamenta algia, la Normativa per l'Ospedale senza dolore, ancora non attiva nella regione Marche, e come questa funzioni in regioni quali la Toscana e l'Emilia Romagna. Seguirà una parte pratica, dove verranno esposti i risultati degli studi effettuati tramite questionari autorizzati nelle UU.OO. del Dipartimento Medico dell'Ospedale Murri di Fermo. Infine, verranno tirate le conclusioni in base ai risultati dei questionari raccolti e della letteratura esistente.

CAPITOLO 1. IL DOLORE NELLA CLINICA

1.1 DEFINIZIONE DI DOLORE E IMPORTANZA INFERMIERISTICA

Nel corso della storia sono state date numerose definizioni del termine dolore. A partire da Aristotele, che lo definì *un'emozione opposta al piacere*, passando per Patrick Wall che lo considerava *uno stato di necessità come la fame o la sete che richiede l'attuazione di un immediato programma di risposta per soddisfarlo.* Complessivamente, emerge che il dolore è un'esperienza poco piacevole per chi la vive e per questo si è cercato, nel corso degli anni, di dargli sempre più importanza in ambito medico e infermieristico così che esso non venga sminuito nella pratica clinica e non influisca significativamente sulla qualità di vita di chi ne soffre. Bisogna altresì superare il suo significato etimologico: infatti il termine *pain* deriva dal latino *poena* e significa punizione ma è proprio da questa pena che il personale sanitario si deve impegnare a far uscire il paziente.

Il dolore è un meccanismo fisiologico di difesa ed è il sintomo attraverso il quale l'organismo manifesta, al sistema nervoso, un problema sentito come una minaccia. È meglio definito accademicamente dalla IASP (International Association for the study of Pain) come "un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini

di danno"[1]. Clinicamente, il dolore è ciò che il paziente dice che esso sia, ed esiste ogni qualvolta che egli ne afferma l'esistenza, anche se è molto difficile renderlo oggettivo così da essere trattato nel migliore dei modi; non è qualcosa di dimostrabile e questo non ne facilita la misurazione. È compito dell'infermiere rilevarne la presenza e occuparsi della gestione insieme al medico, ricordando che deve essere data la stessa importanza ad ogni tipo, in quanto tutti i dolori sono reali per il paziente, anche quando la causa è ignota o sono dolori di natura psicologica.

Il Ministero della Sanità Francese ha fatto una campagna di sensibilizzazione chiamata "*Se avete dolore, ditelo*" in quanto raramente viene chiesto ai malati se hanno dolore, perché si considera scontato che sia il paziente stesso a riferirlo, senza doverlo chiedere, dimenticandosi che spesso il degente non confessa di averne o per paura di disturbare o perché crede sia normale che debba soffrire.[2] È molto importante anche il significato soggettivo che il dolore assume: nel 1956 Beecher, facendo un esperimento con dei soldati, dimostrò che l'intensità del dolore non è correlata solo al lato nocicettivo ma anche alle esperienze vissute che si ricollegano ad esso.

[1] IASP (International Association for the study of pain)
[2] https://www.ail.it/eventi-e-manifestazioni/uova-di-pasqua/30-ail-area-medica/terapia-del-dolore/101-il-dolore-acuto

1.2 TIPI DI DOLORE

I tipi di dolore possono essere classificati in base al tempo / durata oppure alla sede. Quelli in base alla durata sono definiti: dolore acuto, cronico o transitorio. I tipi di dolore rispetto alla sede, invece, sono classificati: nocicettivo e neuropatico; il primo deriva dall'attivazione dei nocicettori ed è quasi sempre reversibile mentre il secondo, il dolore neuropatico, è il risultato di un processo fisiopatologico che include il sistema nervoso. Inoltre, ci sono il dolore di tipo oncologico e il *total pain* che interessano sia la sfera fisica che quella psicologica per cui bisogna mettere in atto una presa in carico globale del paziente.

1.2.1 IL DOLORE ACUTO

Il dolore acuto è caratterizzato da una comparsa improvvisa, spesso legata a trauma o ad un danno tissutale; è comunque un dolore con rapporto causa/effetto ben evidente.[3] È di tipo nocicettivo e generalmente scompare nel giro di pochi giorni o settimane, al dissolversi della causa scatenante. Spesso è considerato un dolore utile, in quanto aiuta nella diagnosi clinica, soprattutto in campo chirurgico ed è un sintomo efficace di salvaguardia della salute. È quindi un dolore che segnala la presenza di un pericolo e spinge a chiedere aiuto; è il campanello d'allarme di molte situazioni patologiche, spesso gravi, e per questo non ha più ragione di esistere una volta che la causa viene diagnosticata. Il

[3] Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova, pg 22

dolore toracico dell'infarto miocardico, il dolore da trauma, da colica, i dolori reumatici o la cefalea sono gli esempi più frequenti di patologie in cui il sintomo va subito trattato una volta che non è più utile al fine diagnostico. In concomitanza della sua manifestazione, si verifica un'alterazione dei parametri vitali come la frequenza cardiaca e respiratoria, con riscontro di tachicardia e tachipnea, e della pressione arteriosa. Generalmente, la terapia è correlata alla sede del dolore e la sua caratteristica è quella di rispondere ad adeguate misure antinocicettive[4] e, spesso, anche agli antidolorifici da banco.

1.2.2 IL DOLORE CRONICO

Il dolore cronico si manifesta in presenza di una malattia degenerativa e/o infiammatoria non guaribile[5] ed è caratterizzato da una durata maggiore di 3 mesi successivi allo scomparire della causa scatenante.[6] In Europa interessa circa il 18% della popolazione.[7] Al contrario del dolore acuto, non sono sufficienti misure antinocicettive per contrastarlo ed è un dolore "inutile" perché non è sintomo di malattie o danni incombenti. Un'altra differenza sostanziale è che il dolore cronico non è associato ad alterazione dei parametri vitali in quanto l'organismo si adatta alla presenza del sintomo non modificando altri centri. È spesso causa di un cambiamento dello stile di vita dell'individuo, che modifica o

[4] Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova, pg 23
[5] Ministero della Salute, *Il dolore cronico in Medicina Generale*
[6] Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova, pg 23
[7] *Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età. Una revisione della letteratura.* Da http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-39-articolo-463.html

elimina le sue attività anteponendo il sintomo con cui deve convivere. È associato a sconforto, disperazione e depressione, soprattutto se non adeguatamente trattato. Infatti, una delle cause della cronicizzazione è una cura sbagliata in corso di algia acuta, oltre ad altre cause scatenanti come lo stress o problemi emotivi.[8] Il dolore cronico è definito una vera e propria malattia e disabilità e l'obiettivo è raramente la guarigione, ma molto più realisticamente un sollievo accettabile dal dolore.[9] Le soluzioni terapeutiche per il controllo del dolore sono costituite da terapia con farmaci, blocchi nervosi terapeutici, neurostimolazione, somministrazione intratecale di farmaci, fisioterapia, sostegno psicologico o chirurgia correttiva. Farmacologicamente parlando, in generale il dolore cronico viene trattato con la somministrazione di antidolorifici ad orario fisso, anche se alcune correnti di pensiero promuovono la somministrazione al bisogno. La letteratura internazionale sostiene che un soddisfacente controllo del dolore cronico si ottenga attraverso un approccio sequenziale che prevede l'utilizzo di FANS nei casi di dolore lieve e di oppiacei nei casi di dolore moderato e grave. Gli oppiacei più comuni, come il tramadolo, la codeina o la morfina possono essere somministrati anche per via orale; la buprenorfina e il fentanyl possono essere somministrati per via transdermica mediante cerotti che cedono il proprio principio attivo, quindi hanno come

[8] *Regolamento di organizzazione e funzionamento della Rete Locale della terapia del dolore*, Regione Toscana, 2016
[9] *Il dolore cronico in Medicina Generale,* Ministero della Salute

caratteristica la praticità e l'autogestione nel paziente collaborante. Gli oppiacei utilizzati nel dolore moderato come il tramadolo o l'associazione paracetamolo + codeina sono in genere di facile utilizzo e ben tollerati dall'organismo. Un obiettivo importante, nella gestione del paziente con dolore cronico non canceroso in terapia con oppioidi, è quello di mantenere un favorevole equilibrio di benefici rispetto ai danni. Gli effetti collaterali più comuni, infatti, sono: costipazione, nausea e vomito, ipogonadismo, prurito e, in caso di sovradosaggio di terapia, depressione respiratoria.[10] Per ogni paziente con dolore cronico deve essere stipulato un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) che tenga conto delle limitazioni funzionali e relazionali che la patologia algica comporta, ipotizzando quali siano gli obiettivi che quel determinato paziente può realisticamente raggiungere. Secondo alcuni studiosi di estrazione psichiatrica e psicoanalitica[11], spesso il dolore cronico è associato a depressione, in quanto lo stimolo doloroso talvolta può rappresentare l'unica modalità di presentazione della malattia depressiva.[12] Spesso, però, è il contrario e la depressione da dolore cronico è data dall'impatto che il sintomo ha sulla vita del paziente e, soprattutto, sulla qualità di essa.

[10] *Linee guida cliniche per l'uso della terapia cronica con oppioidi nel dolore cronico non canceroso, A*merican Pain Society - American Academy of Pain Medicine Linee guida per gli oppioidi

[11] Ercolani M., (2011) *Malati di dolore. Aspetti medici e psicologici del paziente con dolore cronico*, Zanichelli, Bologna. pag 77

[12] IVI, pag. 82

1.2.3 IL DOLORE TRANSITORIO

Il dolore transitorio ha durata molto breve e non ha origine da un danno tissutale importante. Solitamente dura solo qualche secondo e si percepisce quando i recettori antalgici periferici riferiscono la sensazione di dolore al Sistema Nervoso Centrale in presenza di uno stimolo come la puntura di un ago o un piccolo trauma. Riguarda anche il dolore da procedura, ovvero quella sensazione di fastidio che si avverte durante manovre più o meno invasive come un prelievo venoso, il posizionamento di un catetere venoso periferico o di un catetere vescicale. Il dolore da procedura rappresenta in ogni situazione ed età un evento particolarmente temuto e stressante, associato ad ansia e paura. Generalmente, per le manovre diagnostiche più invasive come ad esempio gli esami endoscopici, si seguono protocolli per l'uso di benzodiazepine che, inibendo la coscienza, rendono il dolore più sopportabile in quanto allontana ansie e preoccupazioni.

1.2.4 IL DOLORE NOCICETTIVO

Il dolore nocicettivo è generalmente acuto. Si suddivide in superficiale e viscerale. Il dolore somatico superficiale riguarda i primi stati della cute, le fasce muscolari, i tendini, le strutture periarticolari e articolari, i legamenti e il periostio. Esordisce in seguito a stimoli più o meno prolungati che danno sintomatologia differente: se la causa è di breve durata, il dolore è descritto

come puntorio; se lo stimolo persiste si parla di dolore urente associato a prurito, iperalgesia e ipo/iperestesia.[13] Quello profondo, invece, è un processo morboso non secondario ad altre patologie, si presenta come diffuso e mal localizzato, tanto che a volte presenta una sensazione superficializzata sulla cute detta dolore di proiezione, che può essere vero o parietalizzato. È generato dalle stesse strutture del dolore superficiale, ad eccezione del cute e sottocute.

1.2.5 IL DOLORE NEUROPATICO

Il dolore neuropatico è il risultato di un'alterazione del Sistema Nervoso Centrale o Periferico che potrebbe dare un'incontrollata eccitazione delle terminazioni nervose. Di solito è cronico, non è legato a danni viscerali, con gli anni può aumentare di intensità ed è poco sensibile alla terapia.[14] Attualmente i farmaci usati per la gestione sono diversi: oppioidi, FANS, antidepressivi e antiepilettici. Tra questi, gli antidepressivi sono i farmaci di elezione in quanto attivano le vie discendenti di modulazione del dolore, riducono ansia e depressione, migliorano inoltre il legame degli oppioidi ai recettori specifici.[15]

1.2.6 IL DOLORE ONCOLOGICO

Il dolore oncologico è definito da Cicely Saunders come un "dolore totale che necessita di un approccio olistico e integrato", in quanto è un dolore globale che

[13] Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova, pg 20
[14] IVI, pg 23
[15] Dott. Rocco Mediati SOD Cure Palliative e Terapia del Dolore, Dipartimento Oncologico, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

interferisce non solo con la sfera fisica ma anche con quella psichica e affettiva. È uno dei sintomi del cancro che spaventa di più i pazienti, che spesso sono anche molto limitati nell'assunzione di farmaci antidolorifici per incompatibilità di alcuni di essi con la terapia antiblastica. In circa il 70% dei casi, il dolore è dovuto al tumore o alle sue metastasi che vanno ad infiltrare organi, ossa o terminazioni nervose.[16] In percentuale minore, invece, il dolore dipende dalle terapia assunta, in quanto spesso la chemioterapia dà come effetto collaterale un danno alle terminazioni nervose, oppure dai trattamenti diagnostici e/o interventivi resi necessari dalla malattia. Non tutti pazienti affetti da tumore provano dolore: si stima che, durante la malattia, il dolore sia un sintomo provato dal 30 al 50% dei pazienti nelle fasi iniziali e dal 70 al 90% nelle fasi più avanzate.[17] Generalmente il dolore non si manifesta in corrispondenza dei tessuti malati o dove si sta verificando la compressione, ma la sua localizzazione dipende dalla diffusione delle terminazioni nervose.[18] Data l'estrema soggettività del sintomo, l'intensità e le caratteristiche si differenziano da paziente a paziente. Solitamente, all'inizio si tratta di un dolore acuto che compare, persiste per un breve periodo, per poi scomparire. Avanzando la malattia, tende a diventare permanente, presentandosi al malato per l'intera

[16] Fondazione Umberto Veronesi https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/lesperto-risponde/a-cosa-e-dovuto-il-dolore-oncologico
[17] https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/come-affrontare-la-malattia/dolore-oncologico-faq
[18] Fondazione Umberto Veronesi https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/lesperto-risponde/a-cosa-e-dovuto-il-dolore-oncologico

giornata con dei picchi di riacutizzazione chiamati **dolore episodico intenso**. Si tratta di un picco di particolare intensità, spesso riconducibile a causa esterna, che dura circa 30 – 45 minuti e che necessita di un apposito e tempestivo intervento farmacologico.[19] Diversamente da altri tipi di dolore, come ad esempio quello acuto che è considerato utile a fine diagnostico, uno studio condotto circa una decina di anni fa ha dimostrato che solo nel 64% dei casi la comparsa di questo sintomo aiuta a diagnosticare precocemente la malattia.[20] I farmaci utilizzati per la gestione del dolore da cancro sono: gli analgesici non oppiacei, gli oppiacei deboli come la codeina e gli oppiacei forti come la morfina. Per un controllo ottimale dei sintomi si passa gradualmente da un tipo di trattamento al successivo oppure si procede con l'aumento delle dosi di uno stesso farmaco. Gli oppioidi rappresentano la classe di farmaci più importante per il trattamento del dolore da cancro e la morfina ne è l'esponente più noto. Come per tutti gli analgesici, è molto importante stabilire la dose più efficace per ogni individuo: si comincia di solito con una dose bassa, che è aumentata gradualmente fino a raggiungere il migliore controllo del dolore possibile,[21] come accennato anche per il dolore cronico nel paragrafo 1.2.2. La morfina va presa ad orario fisso e, per un miglior controllo del sintomo, le possono essere affiancati paracetamolo o FANS. È importante sottolineare che, al contrario

[19] Fondazione Umberto Veronesi https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/lesperto-risponde/a-cosa-e-dovuto-il-dolore-oncologico
[20] https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/come-affrontare-la-malattia/dolore-oncologico-faq
[21] *I farmaci oppioidi*, AIMAC

delle credenze popolari, la morfina non crea dipendenza se somministrata per os né riduce la funzione respiratoria. Gli effetti collaterali più comuni sono nausea e stipsi in quanto per natura rallenta la peristalsi, insieme a sonnolenza, stanchezza, capogiri ed ipotensione ortostatica, prurito e iperidrosi a livello cutaneo, secchezza delle mucose e oliguria. Effetti collaterali come nausea e vomito possono essere adeguatamente controllati con l'applicazione di oppiacei per via transdermica. Spesso, tuttavia, viene scelta la via intramuscolare per un trattamento più efficace; in ogni caso, qualunque sia la via di somministrazione, la cosa più importante è arrivare ad una dose che sia idonea per il paziente e ben tollerata dall'organismo. È importante sottolineare che anche gli analgesici non oppiacei come i FANS e il paracetamolo possono dare effetti collaterali; tra i più comuni si annoverano: danni al fegato per il paracetamolo; problemi gastrointestinali e cardiaci per i FANS.[22] Dato il forte impatto che ha il dolore oncologico sulla vita del paziente, spesso si introducono cateteri epidurali, inseriti da un anestesista nello spazio che circonda il midollo spinale. Come per il dolore cronico, anche in quello oncologico gioca un ruolo importante la depressione come conseguenza ad un insieme di sintomi che vanno ad interferire significativamente con la quotidianità del paziente.

[22] https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/come-affrontare-la-malattia/dolore-oncologico-faq

1.2.7 TOTAL PAIN

Per Total Pain si intende un dolore globale, tipico nel campo delle cure palliative. Simile al dolore oncologico, racchiude una serie di settori che sono interessati dal malessere del paziente che si trova in fin di vita, consapevole di avere una malattia inguaribile o meglio degenerativa, neurologica, oncologica terminale. È un dolore che, oltre ad essere determinato dalla lesione, lo è anche da cambiamenti del SNC che coinvolgono non solo la parte somatica della persona ma anche quella fisica, psicologica e sociale;[23] infatti, i cambiamenti che interessano l'encefalo portano ad ansia e depressione. Potrebbe essere definito un dolore in cui confluiscono sofferenze: *fisiche* direttamente legate al corpo; quelle *psicologiche*, ricordandosi che si tratta di pazienti che, se vigili, sono consapevoli che stanno andando incontro alla morte; *spirituali*; *religiose*, in quanto molti pazienti ritrovano una fede persa da tempo come ultimo appiglio a cui aggrapparsi; *economiche*; *burocratiche*; *sociali*, associate alla perdita di ruolo in famiglia e nella società; *sanitarie.*[24] Il dolore globale non può essere affrontato solo con la cura farmacologica ma richiede un approccio multidisciplinare.

[23] *Regolamento di organizzazione e funzionamento della Rete Locale della terapia del dolore*, Regione Toscana, 2016
[24] IBIDEM

1.3 IL PROCESSO DI NURSING APPLICATO AL PAZIENTE CON ALGIA

"*Chi predica la pazienza, non ha mai conosciuto il dolore*"

(Proverbio)

Il dolore è percepito diversamente da ogni individuo ed è molto difficile da oggettivare ma è compito dell'operatore sanitario cercare di farlo nel migliore dei modi, così da facilitarne la risoluzione. Questo fa parte del processo di *nursing*, che imposta l'assistenza infermieristica in accertamento del dolore e pianificazione degli interventi al fine di gestirlo nel più adeguato dei modi.

L'accertamento per la valutazione del dolore deve includere i seguenti elementi: comunicazione efficace con il paziente, esame fisico, anamnesi e descrizione del dolore, esame neurologico ed esame psicosociale. Per facilitare l'accertamento esistono diverse scale che permettono di tramutare l'intensità del dolore riferita dal paziente in un numero, in un'immagine o in una parola. Lo schema che ogni infermiere dovrebbe utilizzare per una buona valutazione del dolore considera i seguenti parametri: tipo, intensità, durata, distribuzione spazio – temporale e correlazione con fattori allevianti o scatenanti. Il processo di *nursing* per il paziente con dolore considera la presenza di due soggetti in relazione che si impegnano in un iter diagnostico e assistenziale fondato sul

dialogo.[25] È molto importante sottolineare che in una malattia come il dolore non si può generalizzare riguardo la pianificazione degli interventi, in quanto ogni paziente vive il disturbo a modo suo e con reazioni soggettive. Comune è invece lo scopo, che è quello di massimizzare la qualità di vita della persona.

Le responsabilità dell'infermiere nel trattamento antalgico sono molteplici: innanzitutto il professionista deve collaborare con il medico specialista antalgologo, deve raccogliere un'anamnesi del paziente riguardo la patologia causante e valutare i parametri vitali, soprattutto in fase di dolore acuto, per vagliarne eventuali modifiche. È altresì compito dell'infermiere utilizzare gli strumenti a disposizione per una corretta rilevazione, tranquillizzare il paziente e vigilare sulle sue condizioni al fine di anticipare il dolore, trattandone precocemente gli effetti indesiderati. Numerose teorie dell'assistenza infermieristica assumono il dolore come specifica categoria diagnostica, cioè come situazione problematica che può e deve essere direttamente affrontata e risolta dagli infermieri per produrre un sostanziale miglioramento dello stato di salute della persona assistita. La qualità dell'assistenza in un settore come quello della terapia del dolore è frutto di due opposte indicazioni operative: la standardizzazione dell'assistenza e la personalizzazione di essa. Nella prima fase del processo di nursing, quella dell'accertamento infermieristico, il professionista deve descrivere il dolore in

[25] Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova pg 53

base alle informazioni riferite dal paziente, avvalendosi dell'aiuto delle scale di misurazione ma riuscendo a comprendere, oltre la misura oggettiva, la soggettività del sintomo. Infatti, è importante arrivare a capire sia il dolore provato dal paziente, sia il paziente che prova dolore.

La pianificazione degli interventi si differenzia in base alla diagnosi infermieristica preposta, che solitamente è di dolore acuto o dolore cronico,[26] secondari o correlati a patologia medica. Il dolore acuto, generalmente, interessa l'intera équipe ma può essere gestito, per alcuni punti, anche autonomamente dall'infermiere, che somministra la terapia secondo prescrizione medica o educa il paziente su come alleviarlo. Ad esempio, in caso di dolore acuto da intervento chirurgico, l'infermiere può insegnare all'assistito delle precauzioni come le posture da prediligere e il comprimere l'incisione durante i movimenti o durante i colpi di tosse, al fine di contenere il sintomo.[27] Nel dolore cronico, invece, l'infermiere ha il compito di insegnare l'autogestione da parte del paziente in modo da provvedere al controllo di esso. Infatti, una volta fatta la diagnosi di dolore ne è fondamentale il controllo per verificare la qualità dell'assistenza fornita, ciò richiede, da parte del professionista, una buona conoscenza della patologia di fondo e dei meccanismi di insorgenza e mantenimento degli stimoli nocicettivi. Fa parte del controllo del dolore una conoscenza accurata, da parte

[26] Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova pg 52
[27] L.J. Carpenito: "Piani di assistenza Infermieristica e documentazione". Ediz. Ambrosiana 2004

dell'infermiere, anche dei farmaci antalgici e del loro meccanismo d'azione, dei dosaggi, della durata d'azione, delle vie di somministrazione e degli eventuali effetti collaterali. Nel dolore cronico, è inoltre fondamentale rassicurare il paziente anche dal punto di vista psicologico, garantire la mitigazione che permetta il reinserimento nelle attività di vita quotidiana, insegnare l'uso di tecniche non farmacologiche e rassicurare il paziente riguardo ad eventuali dubbi. Infatti, un paziente con dolore cronico che inizia una terapia antalgica con narcotici/oppioidi, è spesso impaurito dal rischio di dipendenza: è quindi compito dell'infermiere praticare educazione terapeutica sul corretto effetto e utilizzo dei farmaci. Il momento dell'educazione è di estrema importanza per un'assistenza con esito positivo e andrebbe fatto sia durante un eventuale ricovero, sia negli ambulatori per la terapia del dolore, nonché al momento della dimissione per facilitare la situazione del paziente a domicilio.

1.4 SCALE DI MISURAZIONE

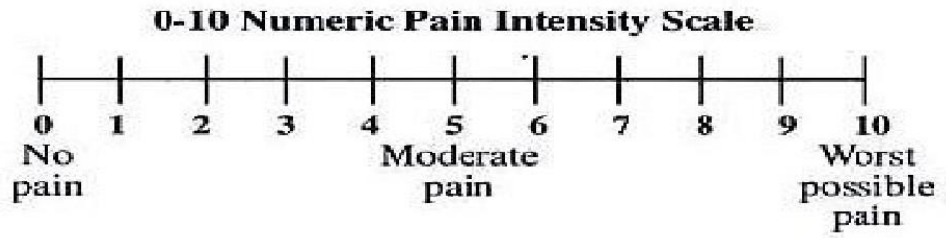
L'utilizzo di strumenti di rilevazione è uno dei metodi per poter adempiere all'accertamento infermieristico, insieme all'osservazione clinica e la variazione dei parametri vitali. Ne esistono di diversi tipi e sono classificabili in base alla fascia d'età a cui possono essere somministrate[28] e in base alla loro mono e pluridimensionalità. Le scale monodimensionali sono quelle per cui si va a

[28] http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-39-articolo-463.htm

valutare solo ed esclusivamente il dolore con tutte le sue caratteristiche; in quelle pluridimensionali, invece, la malattia viene messa in relazione ad altri aspetti, come quello emotivo e / o sociale. Sono molteplici quelle esistenti e validate in letteratura ma si analizzeranno le più utilizzate per ogni fascia di età.

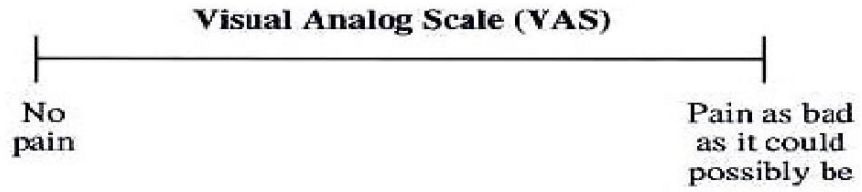
1.4.1 SCALE DI MISURAZIONE NEL RAGAZZO E NELL'ADULTO

Nell'età adulta, le scale più utilizzate sono: NRS, VAS, VRS,[29] Mc Gill Pain questionnaire e BPI.



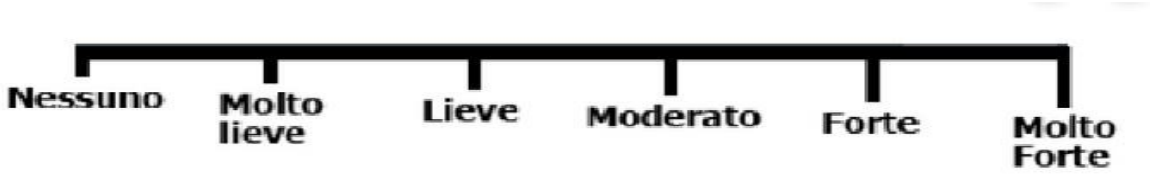
La NRS, *Numerical Rating Scale*, è una scala numerica che va da zero, totale assenza di dolore, fino a dieci, identificato come il peggior dolore immaginabile dal paziente. Il vantaggio di questa scala è che ha un tempo di compilazione inferiore al minuto, è facile da somministrare, semplice da utilizzare, è valida e affidabile.[30] In associazione, si utilizza ugualmente una scala numerica da 0 a 10 con 0 che sta per "nessun sollievo" e 10 che invece sta a significare un sollievo massimo.

[29] http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-39-articolo-463.htm
[30] *Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età. Una revisione della letteratura.* Da http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-39-articolo-463.html



La VAS è la scala analogica visiva. Si tratta di un segmento di 10 cm con alle due estremità le diciture "assenza di dolore" e "dolore peggiore possibile". Si chiede al paziente di segnare con una crocetta il punto che ritiene identifichi il suo dolore, poi si misura con un righello lo spazio tra lo 0 e il segno del paziente. L'intensità del dolore è rappresentata in mm in base alla misura. I risultati vanno identificati da 0 a 4 mm come *nessun dolore*, da 5 a 44 mm come *dolore lieve*, da 45 a 74 mm come *dolore moderato* e da 75 a 100 come *dolore severo.*[31] Il tempo che occorre per la compilazione è inferiore al minuto e ha un tasso di fallimento molto basso, rappresentando un buon grado di affidabilità soprattutto nel dolore acuto. Presenta delle restrizioni nei pazienti anziani[32] e in quelli con deterioramento percettivo o cognitivo.[33] Anche in questo caso, è prevista l'associazione di una scala del sollievo. Le scale di sollievo vengono utilizzate per valutare le condizioni del paziente dopo gli interventi messi in atto in seguito ad una rilevazione del dolore con intensità importante.

[31] *Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età. Una revisione della letteratura.* Da http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-39-articolo-463.html
[32] IBIDEM
[33] IBIDEM



La scala VRS è una scala verbale che comprende una serie di descrittori crescenti che identificano il grado di intensità del dolore[34] con degli aggettivi: assente, molto lieve, lieve, moderato, forte e molto forte. È applicabile anche in pazienti anziani e con un basso livello culturale. È limitata dal ristretto numero di termini, pertanto non consente un'accurata valutazione dello stesso[35] né informazioni così dettagliate per cui si possa procedere ad una terapia antalgica accurata. Il Mc Gill Pain questionnaire è un questionario di autosomministrazione formato da alcune serie di parole utilizzate per descrivere diversi caratteri del dolore. Si presenta al paziente, il quale deve scegliere i termini che meglio descrivono il suo sintomo.

[34] IBIDEM
[35] Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova, pg 72

Mc Gill Pain Questionnaire

Nome_____Cognome_____ Data_____

S_____A_____V_____M_____ = Totale _____
(1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 (Sensitivi)
O Tremolante
O Vibrante
O Pulsante
O Che picchia
O Battente
O Martellante

2
O Salta qua e là
O Fulmineo
O E' come una molla che scatta

3
O Punge come uno spillo
O Buca come un ago
O Buca come un chiodo
O E' come una pugnalata
O Lancinante

4
O Tagliente come una lametta
O Tagliente come un coltello
O Lacerante

5
O E' come un forte pizzicotto
O Stringe
O E' come un crampo
O Rode
O Schiacciante

6
O Stira
O Tira
O Contorce

7
O Caldo
O Scotta
O Brucia
O Rovente

8
O Dà formicolio
O Pizzica e irrita
O Vivo
O Acuto

9
O Dà indolenzimento
O Sordo
O Fà male
O Dà sofferenza
O Gravoso

10
O Sensibile al tocco
O Teso
O Raschia
O Spezza

11 (Affettivi)
O Stancante
O Che esaurisce

12
O Nauseante
O Soffocante

13
O Allarmante
O Spaventoso
O Terrificante

14
O Affligge, come una punizione
O Prostrante
O Crudele
O Feroce
O Micidiale

15
O Sgradevole
O Accecante

16 (Valutativo)
O Noioso
O Disturbante
O Penoso
O Intenso
O Insopportabile

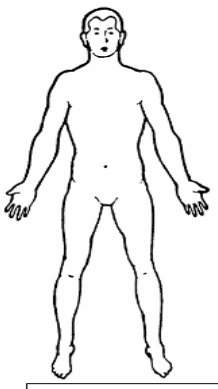
17 (Misti)
O Si propaga
O Si diffonde a raggiera
O Penetrante
O Perforante

18
O Fasciante
O Intorpidito
O Tirante
O Strizza
O Strappante

19
O Fresco
O Freddo
O Congelante

20
O Seccante
O Dà disgusto
O Dà tormento
O Terribile
O Torturante

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



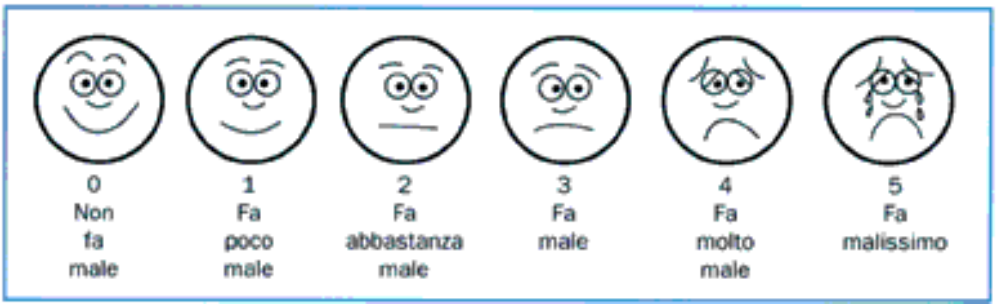
Segnare con **E** le zone in cui è presente dolore esterno, con **I** se è presente un dolore interno, con **EI** se è presente sia dolore esterno che interno
Associazione con altre sensazioni: segnare con **X** e specificare:

Note:

Le parole sono suddivise in 3 classi e 20 sottoclassi e includono gli aspetti: affettivo, sensitivo e valutativo. È associata ad un disegno fronte / retro di un corpo, per segnalare le sedi del dolore. Simile alla MPQ, è la BPI, *Brief Pain Inventory,* che valuta l'influenza che ha il dolore sulle abituali attività, quindi è ideale per il dolore cronico, come per quello neuropatico e per quello neoplastico, in quanto sono le tipologie di dolore che più vanno ad interferire con le normali attività di vita quotidiana. Ogni campo di interesse è basato su

scale da 0 a 10 per misurare l'intensità e si considera significativo sopra ad un valore di 5. In associazione ad essa, ma indipendentemente dalla scala che si sceglie di utilizzare per quantificare il dolore, un metodo che rende più semplice l'accertamento è il PQRST. In questo modo si andranno a valutare da cosa il dolore è Provocato (eziologia), le sue Qualità (da cosa è migliorato o peggiorato?), se è irRadiato, la Severità (o intensità) e il Tempo da cui è presente.

1.4.2 SCALE DI MISURAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA



La scala del dolore più utilizzata nel bambino è la FPS, Faces Pain Scale. È formata da diversi disegni di faccine con espressioni variabili da sorridente fino al pianto disperato. È applicabile nei bambini con età da 2 a 12 anni e ha il vantaggio di essere veloce, semplice e con le minime istruzioni per l'uso.[36] Ne esistono diverse varianti, diverse per il numero di faccine presenti e per l'utilizzo di faccine disegnate (come la reale FPS) o per l'utilizzo di volti umani fotografati, che prende il nome di Oucher. Riguardo la modalità di utilizzo,

[36] *Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età. Una revisione della letteratura.* Da http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-39-articolo-463.html

seguono tutte le stesse istruzioni. Altre scale utilizzate sono la NRS e la VAS. La prima è raccomandata per bambini di età tra gli 8 e i 18 anni e ne è dimostrata la validità attraverso l'osservazione comportamentale e le descrizioni qualitative. [37] La scala VAS viene utilizzata con gli stessi criteri previsti per l'adulto, nei ragazzi di età tra gli 8 e i 17 anni. Lo strumento si è dimostrato valido anche nell'ambito dell'urgenza – emergenza, anche se necessita di ulteriori studi per comprovarne appieno l'affidabilità.[38] Nonostante i numerosi studi, in età pediatrica non si sono identificati markers biologici per il dolore.[39]

1.4.3 SCALE DI MISURAZIONE IN ETÀ NEONATALE

In età neonatale, la scala più utilizzata è la scala FLACC, in quanto può essere utilizzata già dai 2 mesi di vita ed è fondata su cinque parametri: espressione facciale, gambe, attività, pianto e consolabilità (infatti FLACC sta per Face, Leg, Activity, Cry, Consolability). A ciascuno di questi parametri viene assegnato un punteggio da 0 a 2; la scala, quindi, va da un valore di 0 come nessun dolore, ad uno di 10 come dolore massimo ed è assimilabile alle scale NRS e VAS. Può essere utilizzata nei bambini fino a 7 anni ed è, appunto, la scala di prima scelta in età neonatale, quando il soggetto non può esprimere verbalmente la presenza l'intensità del suo dolore. La medesima scala può essere utilizzata anche post

[37] *Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età. Una revisione della letteratura.* Da http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-39-articolo-463.html
[38] *Confronto di quattro scale di dolore nei bambini con dolore addominale acuto in un reparto di emergenza pediatrica,* Bailey B et al, 2012
[39] Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova, pg 76

trattamento per verificare l'efficacia del trattamento effettuato, adibendola a scala di sollievo per vedere se il punteggio è sceso o è il medesimo.

SCALA FLACC

	0	1	2
VOLTO	Espressione neutra o sorriso	Smorfie occasionali o sopracciglia corrugate, espressione disinteressata	Aggrottamento ciglia, da costante a frequente, bocca serrata, tremore del mento
GAMBE	Posizione normale e rilassata	Si agita, si dondola avanti e indietro, è teso	Scalcia e ritrae le gambe in modo più frequente
ATTIVITA'	Posizione normale e tranquilla, si muove naturalmente	Movimenti delle gambe a scatti o scalcianti, muscoli tesi	Inarcato e rigido, si muove a scatti
PIANTO	Assenza di pianto (sveglio e/o durante il sonno)	Geme o piagnucola, lamenti occasionali	Piange in modo continuo, urla o singhiozza, si lamenta frequentemente
CONSOLA-BILITA'	Soddisfatto, rilassato	E' rassicurato dal contatto occasionale dall'abbraccio e dal tono della voce Distraibile	Difficoltà a consolarlo e confortarlo

CAPITOLO 2. NORMATIVE SUL DOLORE

2.1 Leggi a tutela del dolore: Legge 38/2010

Un pensiero comune sulla mal gestione del dolore e su una sua sottovalutazione, portò, nel 1995, ad inserirlo come quinto parametro vitale. Nonostante ciò, il popolo lamentava, trovando conferma anche da parte del personale sanitario, una gestione ancora non finalizzata al trattamento e una presa in carico non adeguata del paziente che lo lamentava. A tal proposito, nel 2010, fu emanata la legge n. 38 che concerne "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*".[40] Fu una grande svolta mirata ad assicurare il rispetto della dignità del malato, che fino a quel momento non aveva l'accesso a determinate cure garantito. Le fondamenta di tale legge si ritrovano nella "*Carta dei diritti sul dolore inutile*", un trattato di 8 articoli promosso da Cittadinanzattiva nel 2005[41]:

- Diritto a non soffrire inutilmente;
- diritto al riconoscimento del dolore;
- diritto di accesso alla terapia del dolore;
- diritto ad un'assistenza più qualificata;
- diritto ad un'assistenza continua;
- diritto ad una scelta libera ed informata;

[40] Legge 15 marzo 2010, n. 38 (G.U. Serie Generale, n. 65 del 19 Marzo 2010)
[41] https://www.nurse24.it/dossier/dolore/gestione-dolore-punto-di-vista-legale.htlm

- diritto del bambino, dell'anziano e dei soggetti che non hanno voce;
- diritto a non provocare dolore durante gli esami diagnostici e non.

La legge 38/2010 individua tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico;[42] per quest'ultimo riconosce una peculiare tutela nonché particolare attenzione alle cure indirizzate a lui e alla famiglia, in questo caso ancora più coinvolta che negli altri. Gli aspetti più rilevanti del testo legislativo riguardano: rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica**,** reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore, semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore, formazione del personale medico e sanitario. Di questa legge, andremo ad esaminare nello specifico gli articoli 1, 5 e 7.

2.1.1 Legge 38/2010 Articolo 1 - Introduzione

"I. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. II. È tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato […] *al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso dell'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.* […] *III.* […] *le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano*

[42] Ministero della Salute

un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali: a) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine; c) adeguato sostegno sanitario e socio – assistenziale della persona malata e della famiglia". Così recita il primo articolo della legge 38 del 15/03/2010 che ne fa da introduzione. Quanto scritto sta a significare che il Ministero promuove l'attivazione e l'integrazione di due reti della terapia del dolore e delle cure palliative che garantiscono ai pazienti risposte assistenziali su base regionale e in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.[43] Ribadisce la soggettività del dolore, specificando che ogni individuo necessita di cure individuali e personalizzate al fine di ottenere risultati positivi. Si prende in considerazione ogni tipo di dolore: infatti, la legge tutela sia il dolore del malato terminale e quindi il dolore globale che deve essere gestito sotto tutti i suoi aspetti e in maniera palliativa, sia gli altri casi di dolore del cittadino, come il dolore dovuto a patologia cronica non terminale. È un'importante rivoluzione che fa sì che il dolore non venga più trattato solo come un sintomo, ma come una vera e propria malattia che necessita di una diagnosi e di una terapia adatta per essere vinta. Inoltre, un'altra svolta è stata l'inserimento del trattamento del dolore all'interno dei LEA.

[43]http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3755&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge

2.1.2 Legge 38/2010, Articolo 5

"I. […] *il Ministero della salute attiva una specifica rilevazione sui presidi ospedalieri e territoriali e sulle prestazioni assicurate in ciascuna regione dalle strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere l'attivazione e l'integrazione delle due reti a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale.* […] II. *Sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali. Con il medesimo accordo sono altresì individuate le tipologie di strutture nelle quali le due reti si articolano a livello regionale, nonché le modalità per assicurare il coordinamento delle due reti a livello nazionale e regionale.*[…] *sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione* […] *IV. L'intesa di cui al comma 3*

prevede, tra le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento come struttura appartenente alle due reti, quelle volte a consentire l'integrazione tra le strutture di assistenza residenziale e le unità operative di assistenza domiciliare". L'articolo 5 delinea le figure professionali che sono interessate nella gestione del paziente che lamenta dolore. Emerge che si tratti di un'equipe multidisciplinare con all'interno procedure e algoritmi,[44] che deve fare una valutazione globale del paziente per ricevere la sua fiducia e la sua collaborazione al fine di fornirgli la migliore assistenza. Sono coinvolte varie branche della medicina: infatti la legge impone di occuparsi delle cure palliative in tutti gli ambiti assistenziali, in ogni fase della vita, per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo.[45] Si parla anche di un approccio al paziente che vada al di fuori dell'ambiente ospedaliero, riferendosi alla terapia domiciliare: è molto importante, infatti, che il paziente riesca a gestire autonomamente il sintomo anche da casa, soprattutto nei pazienti terminali che preferiscono trascorrere gli ultimi mesi di vita nella propria abitazione invece che in una struttura sanitaria come, ad esempio, l'hospice. È un punto molto importante che va introducendo il concetto moderno di rete, la collaborazione tra struttura ospedaliera e territorio, dove si trovano la maggior parte dei bisognosi di cure. L'interesse della figura infermieristica nel trattamento del paziente con dolore è

[44] https://www.nurse24.it/dossier/dolore/gestione-dolore-punto-di-vista-legale.html
[45] Grassi, Moretto, Peruselli (2017) *Le cure palliative: Network, pratiche sociali e vissuti soggettivi*. pag. 17

riportato anche nel Codice Deontologico dell'Infermiere, che conferma i temi riguardo la terapia antalgica e definisce il ruolo dell'infermiere attraverso alcuni articoli specifici. A tal proposito, l'articolo 34 dichiara che "L'Infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari". Inoltre, nella versione del 2019 del Codice Deontologico, l'articolo 18 è totalmente delicato a tale argomento "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 della volontà della persona".

2.1.3 Legge 38/2010: Articolo 7

"I. All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito. II. […] *le strutture sanitarie hanno facoltà di scegliere gli strumenti più adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la rilevazione del dolore da riportare all'interno della cartella clinica ai sensi del comma 1."*. L'articolo 7 delinea le responsabilità burocratiche del personale sanitario riguardo alla gestione del paziente con dolore. Rende obbligatorio l'inserimento della

rilevazione e della sua evoluzione nelle sezioni medica ed infermieristica della cartella, riportando lo strumento che si utilizza idoneamente compilato. È altresì obbligatorio riportare in cartella gli interventi, farmacologici e non, che sono stati messi in atto e la seconda rilevazione per valutarne l'esito. La seconda rilevazione, come precedentemente spiegato, può essere effettuata con le scale di sollievo o con la medesima scala utilizzata precedentemente per rilevare l'intensità che il paziente attribuisce ad esso dopo essere stato trattato. È molto importante sia per accertarsi del ricercato benessere del paziente, sia per verificare che la terapia proposta sia funzionale.

2.2 Comitati "Ospedale senza dolore"

Nel 2001 vennero presentate le linee guida per il progetto "Ospedale senza dolore" con il fine di modificare gli atteggiamenti sia del personale sanitario che dei cittadini in materia di dolore. L'Emilia Romagna, a partire dal 2002 fu la prima ad aderire al progetto e ad avviarlo, ponendosi come obiettivi da raggiungere entro il 2004/2005:

- rendere sistematica la valutazione del dolore;
- inserire la registrazione del dolore accanto agli altri parametri vitali.

È importante sottolineare che il progetto non ha come fine quello di eliminare il dolore nei malati ma di porre più attenzione alla persona con algia. Inoltre, nel 2002 vennero istituiti i COSD – Comitati Ospedale Senza Dolore, organo

esperto del progetto e composto da medici e da infermieri.[46] Gli obiettivi dei COSD sono:

- assicurare un osservatorio specifico del dolore nella struttura ospedaliera;
- coordinare l'azione delle differenti équipe e la formazione del personale sanitario;
- promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità di farmaci analgesici, in particolare della morfina[47], assicurando la valutazione periodica del loro consumo;
- promuovere protocolli di trattamento delle differenti tipologie di dolore.[48]

Sono tutti punti che si riscontrano anche nella legge 38/2010 che all'interno dell'Articolo 6 parla del Progetto «Ospedale-Territorio senza dolore>>. È molto importante sottolineare, infatti, che tutti gli obbiettivi dei COSD devono essere mantenuti anche per quanto riguarda l'assistenza domiciliare al paziente, collaborando con i Medici di Medicina Generale, predisponendo materiale informativo per studi e ambulatori medici, fornendo protocolli sul trattamento del dolore compatibili con l'ambiente extraospedaliero e assicurando l'attività di consulenza da parte dei centri di terapia del dolore.[49] Nel 2001 la regione Marche ricevette un finanziamento per la realizzazione del progetto "Ospedale

[46] Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova pg 29
[47] Legge 8 Febbraio 2001 n. 12
[48] Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana, Provvedimento 24 Maggio 2001 "Linee guida per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore".
[49] http://www.regione.toscana.it/-/comitati-ospedale-senza-dolore-cosd

senza dolore", per l'impegno delle strutture sanitarie ad operare con la filosofia di lotta alla sofferenza.[50] Tale disposizione fu poi modificata e adattata nel 2014 in base alla nuova legge 38 del 2010 ma solo il 01/04/2019 è stata approvata la sperimentazione del Progetto. Le regioni che sono più al passo con tale progetto sono l'Emilia Romagna che è stata la prima a mobilitarsi e a stipulare protocolli per la gestione infermieristica del dolore extraospedaliero,[51] la regione Toscana dove tutte le aziende ospedaliere e sanitarie vi hanno aderito.[52] Malgrado siano passati 9 anni dalla promulgazione della legge, ci sono ancora dei punti, considerati prioritari, che non sono stati ancora realizzati, come ad esempio l'applicazione omogenea a livello regionale di quanto previsto dalla normativa nazionale.

2.3 Cure Palliative e Hospice

L'OMS definisce le Cure Palliative come "*un approccio integrato in grado di migliorare la qualità di vita del malato e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale*"[53] ed è definito dalla legge 38/2010 come

[50] Intervista a D'Ambrosio, http://www. regione.marche.it/In-Primo-Piano/ComunicatiStampa/id/10786/p/1497
[51] https://www.nurse24.it/specializzazioni/area-clinica/gestione-dolore-nell-extraospedaliero-l-esempio-emilia-romagna.html
[52] http://www.regione.toscana.it/-/ospedale-senza-dolore
[53] Grassi, Moretto, Peruselli (2017) *Le cure palliative: Network, pratiche sociali e vissuti soggettivi* pag. 13

"*l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici*".[54] L'aggettivo "palliativo" viene dal latino "pallium" che significa mantello e sta a sottolineare la globale presa in carico del dolore del malato con terapie mediche e psicologiche specifiche, in quanto il dolore va gestito in un'ottica multidisciplinare.[55] Le Cure Palliative nacquero in Gran Bretagna tra gli anni '50 e '60 per mezzo di Cicely Saunders, la fondatrice del Movimento Hospice, in risposta ad una medicina che in quei decenni abbandonava a loro stessi le persone in fin di vita; infatti, la loro peculiarità è quella di considerare la morte come un evento naturale ma di riconoscere il morente come persona bisognosa di un trattamento limitato al sollievo del dolore e degli altri sintomi, senza interferire con la durata dell'esistenza o praticando accanimento terapeutico. Questo è un grande traguardo, in quanto i progressi nel campo medico e le nuove tecnologie ad esso correlate hanno contribuito in modo sostanziale al prolungamento dell'aspettativa di vita, rendendo più ampie le possibilità di interventi ma anche più difficile capire quando un malato è realmente alla fine della vita, cambiando le traiettorie del morire e modificando

[54] Legge 15 marzo 2010, n. 38 (G.U. Serie Generale, n. 65 del 19 Marzo 2010)
[55] https://www.nurse24.it/dossier/dolore/gestione-dolore-punto-di-vista-legale.html

in modo profondo i tempi e le modalità di lavoro dei medici a confronto con queste fasi della vita.[56] Inizialmente erano riservate solo ai malati oncologici ma, negli ultimi anni, si riferiscono a qualunque paziente con malattie cronico – degenerative. Gli aspetti caratterizzanti sono: il controllo olistico del dolore e di tutti i sintomi correlati alla patologia; la disposizione di un'equipe multidisciplinare che fornisce assistenza medica ed infermieristica 24 h al giorno, garantendo interventi mirati sia al paziente che alla famiglia, la quale verrà aiutata nell'elaborazione del lutto. Nel campo palliativo, si applica il concetto infermieristico del passaggio dal *to cure* al *to care*, in quanto si pone al centro non la malattia della persona ma la persona nella malattia: infatti, non si va a curare la patologia ma ci si prende cura del malato. Andando a prendersi cura della persona e non della malattia, è ancora più importante in questo ambito, piuttosto che in altri, applicare la terapia della dignità: nell'ambito delle cure palliative la dignità della persona malata è l'obiettivo fondamentale di ogni intervento di cura.[57] In Italia viene utilizzato il modello di Chochinov, un professore di psichiatria e Direttore della Manitoba Palliative Care Research Unit presso il Cancer Center di Winnipeg (Manitoba, Canada). Chochinov sostiene che ogni accertamento medico ed infermieristico con il paziente che inizia il suo percorso nel palliativo, debba iniziare con la *Patient Dignity*

[56] Grassi, Moretto, Peruselli (2017) *Le cure palliative: Network, pratiche sociali e vissuti soggettivi* pag. 15
[57] IVI; pag. 95

Question: “quali cose di te come persona io devo conoscere per potermi prendere cura di te meglio che posso?”. È un chiaro esempio di cura diretta alla persona e non alla malattia, di un percorso assistenziale che vada a considerare anche le emozioni e le sensazioni del paziente, che in questi casi sono principalmente ansia, depressione, perdita di ruolo e dell’orgoglio, pessimismo e perdita dell’autonomia. Chochinov è un medico in linea con i principi della Saunders che era solita ripetere “tu conti perché sei tu e tu conti fino alla fine della tua vita”(Saunders C.,1976), in quanto una morte mal riuscita è un fallimento per un professionista il cui obiettivo è garantirne una dignitosa. Sempre sulla linea di C. Saunders, nel 1974 nacque il primo Hospice negli USA e nel 1987 fu aperto il primo in Italia, a Brescia. Si tratta di una residenza assistenziale extra o intraospedaliera che eroga un’assistenza personalizzata e presenta le medesime caratteristiche di una casa dove i familiari possono entrare in qualunque momento della giornata per assistere i propri cari. Quelli extraospedalieri sono di piccole dimensioni (10-20 posti letto) a basso contenuto tecnologico e sanitario, ma ad elevato contenuto umano. Anche in questo caso interviene il Codice Deontologico dell’Infermiere che, nell’articolo 35, dichiara “*L’infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell’assistito, riconoscendo l’importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale*”. Il fatto che

le stanze siano come dei piccoli appartamenti riguarda l'aspetto ambientale, in modo che il paziente possa sentirsi come a casa propria, e quello relazionale, in quanto eventuali visite non vanno ad interferire con il benessere degli altri pazienti e si ha la dovuta privacy per affrontare, spiritualmente, il difficile cammino verso la morte. Si intraprende questa strada quando i familiari o la situazione familiare non permettono di tenere il malato a casa o quando il trattamento dei sintomi è difficile a domicilio. Inoltre, per l'ammissione in Hospice, è necessario che il paziente possegga i seguenti requisiti:

- Pazienti affetti da malattie progressive e in fase avanzata, in via prioritaria malattie neoplastiche, a rapida evoluzione ed a prognosi infausta, per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata;
- aspettativa di vita presunta assai limitata, non superiore ai 4 mesi;
- Performance status secondo la scala di Karnofsky uguale o < a 50.[58]

Il Karnofsky Performance Status serve per reclutare i pazienti sulla base della gravità della neoplasia e delle condizioni socio – economiche della famiglia. È il più noto ed utilizzato indice di performance, in quanto correla i livelli di attività lavorativa, attività quotidiana, cura personale e sintomi / supporto sanitario e permette di fornire sia le capacità residue dell'individuo che le informazioni

[58] D.G.R. n. 15 – 7336 del 14 ottobre 2002

prognostiche.[59] Oltre l'Hospice, l'ADI permette che le cure palliative siano espletate presso il domicilio del paziente fornendo alla famiglia gli strumenti idonei per affrontare il decesso e al paziente la possibilità di vivere in modo dignitoso la fase terminale della vita.[60]

[59] Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova, pg 233
[60] IBIDEM

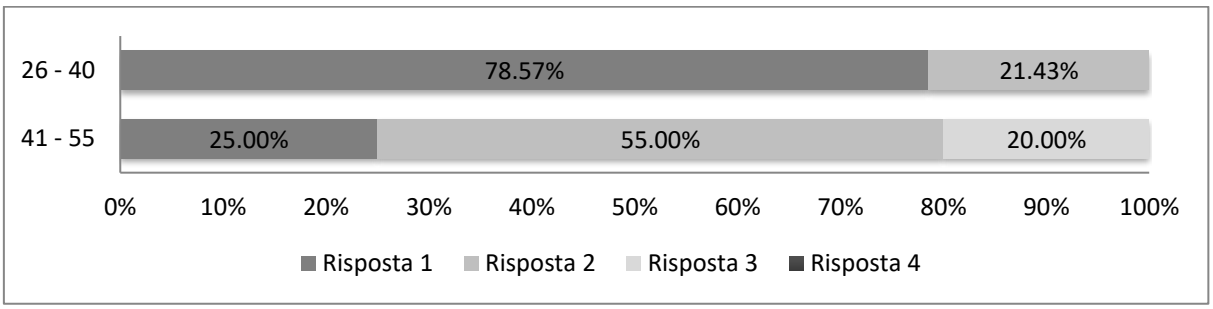
CAPITOLO 3. GESTIONE DEL DOLORE NEL DIPARTIMENTO MEDICO DELL'OSPEDALE DI FERMO

Alla luce di quanto scritto fino ad ora, si è deciso di analizzare come gli infermieri del Dipartimento Medico dell'Ospedale "A. Murri" di Fermo gestiscono il dolore all'interno delle proprie unità operative e le conoscenze che hanno riguardanti i tipi di dolore, della rilevazione e delle normative, tramite questionari autorizzati. Non sono stati utilizzati questionari preesistenti già validati ma ne è stato redatto uno specifico secondo i parametri che si volevano prendere in considerazione, per un totale di 20 domande. I reparti destinatari sono stati: Cardiologia, Medicina Interna, Malattie Infettive e Medicina Multidisciplinare (Neurologia, Nefrologia e Gastroenterologia). Hanno aderito un totale di 55 infermieri così divisi. Per categorizzare i risultati in base all'età e per verificare se essa e gli anni trascorsi dalla fine degli studi influiscono sulle conoscenze e sulla gestione del dolore, nel questionario viene chiesto come primo parametro di collocarsi nella fascia di età che riguarda l'intervistato compilatore; le fasce di età considerate sono le seguenti: "fino a 26 aa"; "da 26 a 40 aa", "da 41 a 55 aa", "sopra a 56 aa". Gli infermieri, nel totale, che hanno aderito con età inferiore a 26 anni sono 0, tra 26 e 40 anni sono 23, tra 41 e 55 sono 31. Della fascia di età "> 56 aa" ha partecipato un solo infermiere, pertanto tale dato non può essere considerato di rilevanza statistica per cui non verrà

incluso nei grafici e nelle analisi sottostanti. In seguito, le domande poste e i risultati ottenuti, con le relative considerazioni.

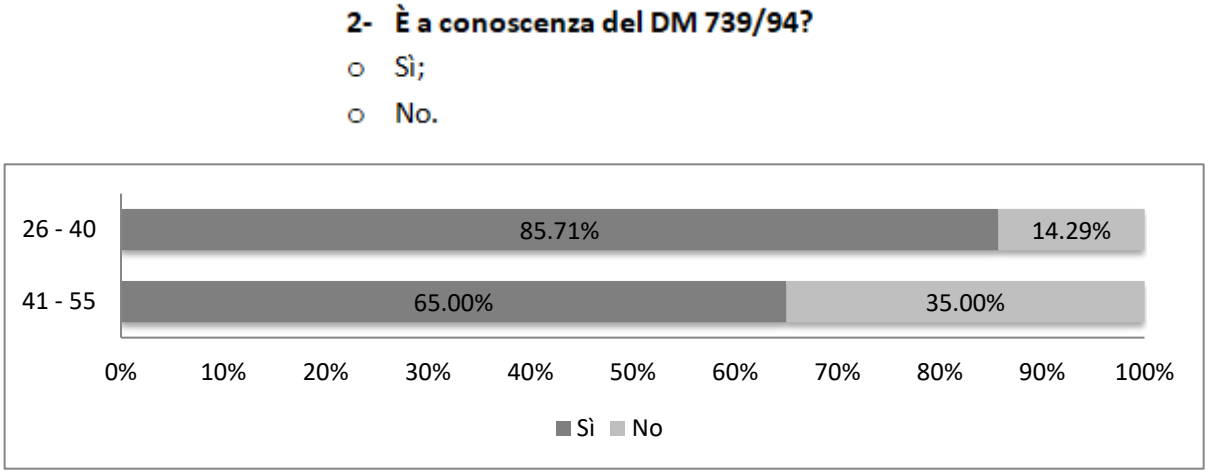
1- La legge 38/2010 introduce delle importanti novità tra le quali:

- La Legge istituisce due reti distinte: una per la terapia del dolore e una per le cure palliative;
- La Legge istituisce un'unica rete di terapia del dolore e di cure palliative;
- La Legge obbliga a misurare il dolore a tutti i pazienti almeno una volta alla settimana;
- La Legge obbliga a misurare il dolore tutti i giorni ai soli pazienti che lamentano dolore.



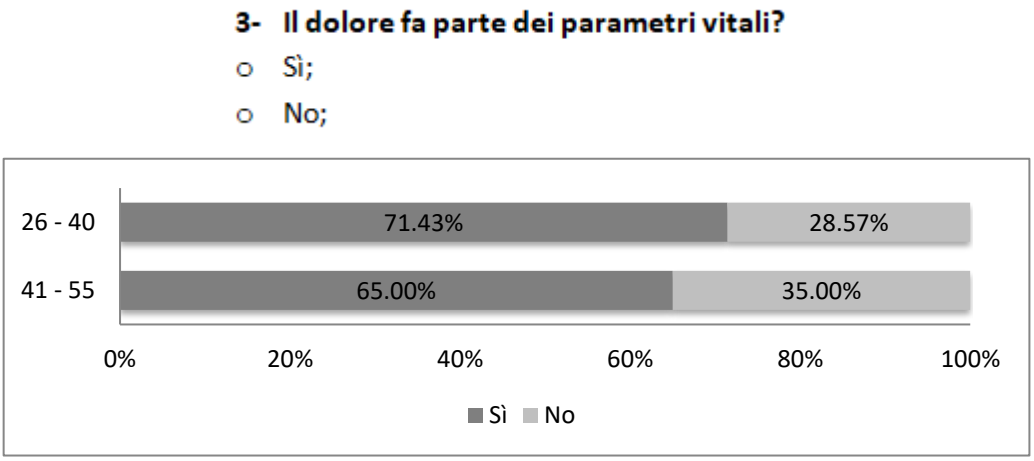
La prima domanda riguarda la Legge 38/2010 sopracitata e l'istituzione della rete per la terapia del dolore e le cure palliative. Analizzando, appunto, per fasce di età, si considerano intanto i risultati dei compilatori tra 26 e 40 anni. La maggioranza ha evidenziato la prima risposta e solo il restante 21,43% ha optato per la seconda. Nessuno ha risposto con la terza o quarta opzione, che effettivamente erano del tutto errate. Si mette ora a confronto con i risultati della successiva fascia di età 41 – 55, dove invece ha prevalso la seconda opzione con il 55%. La prima risposta, che ha prevalso sulla fascia d'età dai 26 – 40 anni, è stata selezionata solo dal 25% dei partecipanti. L'opzione "La legge obbliga a misurare il dolore a tutti i pazienti almeno una volta alla settimana" trova riscontro solo nel 20 % dei partecipanti tra 41 – 55 anni. Nel complesso, su un

totale di 55 adesioni, la maggior parte ha optato per la prima risposta. La multi varietà di risposte delinea che la legge non sia ben conosciuta e che ci sia molta confusione riguardo il suo contenuto, nonostante sia una grande svolta per i malati di dolore e per la loro accessibilità alle cure, che interessa anche chi queste cure deve erogarle; pertanto, la conoscenza della Legge 38/2010 è di fondamentale importanza.



La seconda domanda è a tranello. Il DM 739/94 non ha direttamente a che fare con la gestione infermieristica del dolore ma è il Profilo Professionale dell'Infermiere secondo il Decreto Ministeriale 739 dell'anno 1994, che delinea il passaggio da meri esecutori a professionisti intellettuali. Degli intervistati tra i 26 e i 40 anni, l'85,71% ha risposto che ne è a conoscenza, contro il 14,29% che ha risposto di no. Nella fascia di età successiva, invece, pur prevalendo il sì come risposta, la percentuale per la risposta "no" è più alta rispetto alla precedente (35% contro 14,29%). È molto importante che sia conosciuto da tutti,

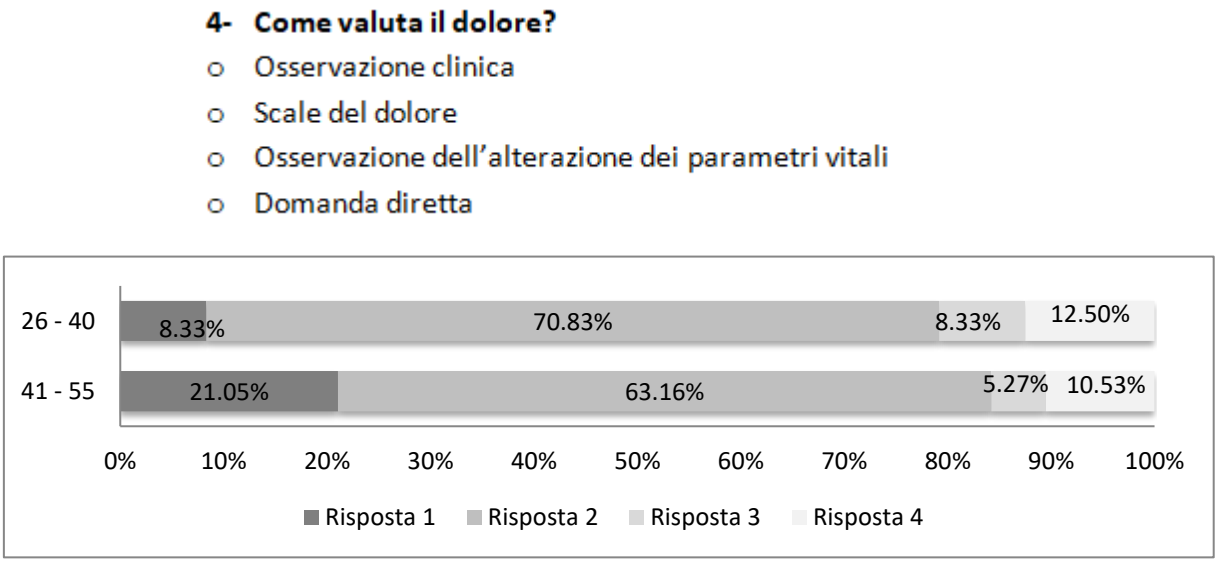
in quanto è il Decreto che riconosce l'infermiere come professionista autonomo, un essere pensante, dotato di scienza e coscienza.[61]



Si torna sull'argomento dolore. Come già precedentemente scritto, il dolore fa parte dei parametri vitali dal 1995, insieme alla pressione arteriosa, il respiro, la temperatura corporea e il polso. È molto importante che venga rilevato e che gli venga data la stessa importanza degli altri, in quanto ha lo stesso valore di una bradi/tachicardia o qualunque alterazione di uno degli altri parametri. Come per le altre domande, si valutano le risposte per età. Gli infermieri tra 26 e 40 anni hanno risposto correttamente per il 71,43% dei casi. Senza dubbio un numero sufficiente ma non accettabile. Anche negli intervistati di età compresa tra 41 e 55 anni prevale il "Sì" come risposta per un 65% dei casi. Si potrebbe sostenere che queste risposte siano in linea con la letteratura esistente riguardante l'argomento, che evidenzia come ci sia una sua sottovalutazione e poca

[61] https://www.nurse24.it/infermiere/professione/profilo-professionale-dellinfermiere.html

conoscenza a riguardo: sarebbe opportuno, infatti, che si sapesse che il dolore fa parte dei parametri vitali, che come tale venisse considerato e che si rilevasse in concomitanza con le altre rilevazioni, senza sminuirlo, nonostante non sia semplice da misurare e non sia qualcosa di visibile.



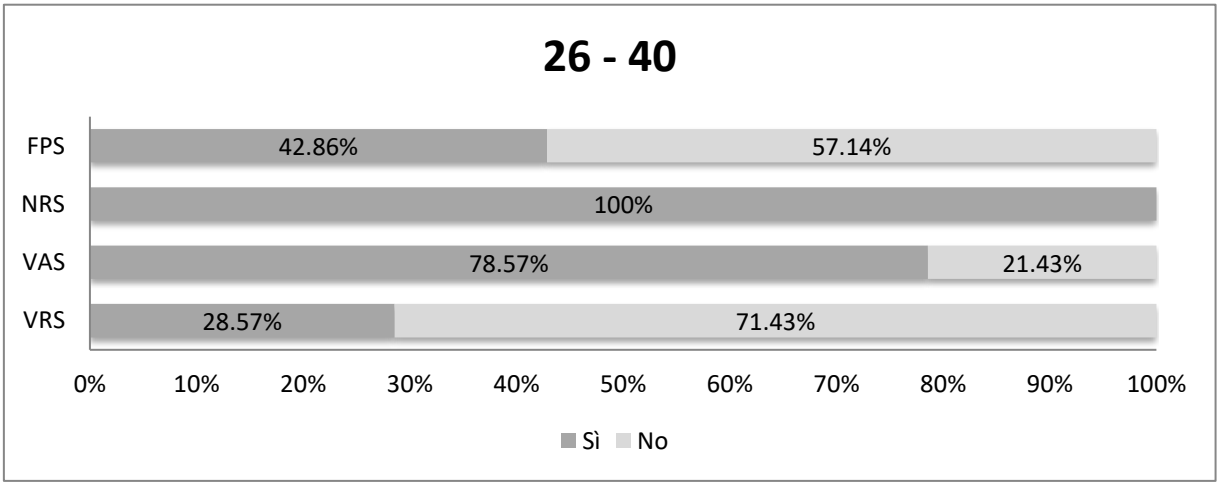
La quarta domanda è più analitica: ci si va ad informare su come il singolo professionista rilevi il dolore. Tutte le risposte sarebbero corrette, infatti, alcuni infermieri, hanno dato più di una risposta. Effettivamente, ogni professionista sanitario dovrebbe fare un'integrazione tra le quattro opzioni nel momento in cui rileva il parametro. È importante l'osservazione clinica per valutare lo status apparente del paziente, che molto spesso si presenta come una persona sofferente in maniera palese. Tra gli elementi da osservare, è importante verificare alcuni tra quelli più comuni come la posizione delle mani e la postura: il paziente con algia, infatti, tende spesso a sorreggere la zona dolorante o ad

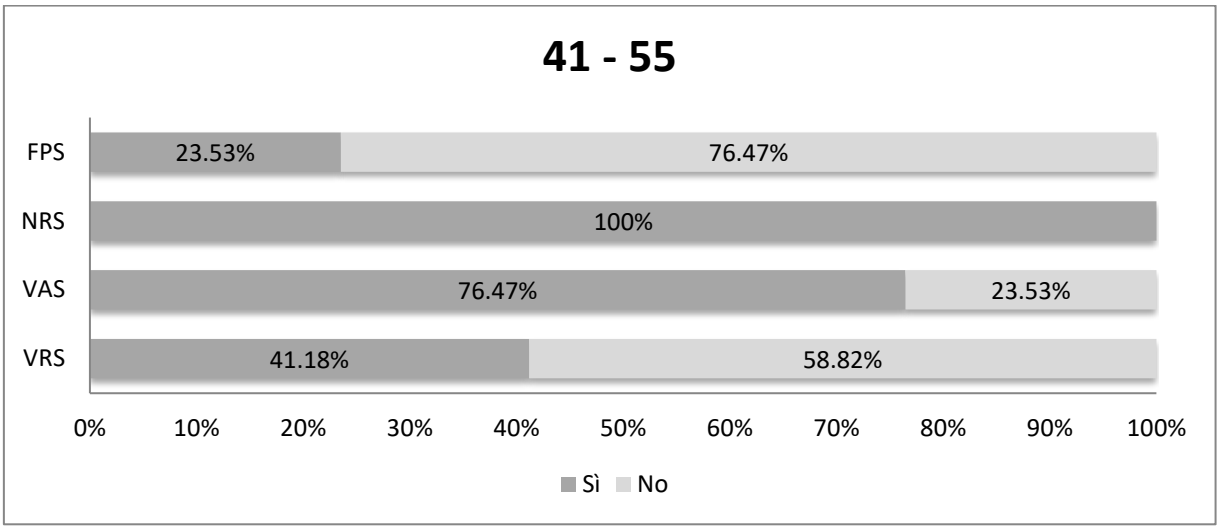
assumere posizioni antalgiche spontanee. Questo è un segno molto importante, soprattutto nei pazienti che non sono in grado di riferire verbalmente le proprie sensazioni per limiti di lingua o per un'eventuale alterazione dello stato di coscienza. Le scale del dolore invece, come scritto nel paragrafo 2.2, riportano il valore direttamente scelto e poi riferito dal paziente, con il fine di oggettivare il sintomo e poter agire con una terapia. La domanda diretta dovrebbe essere fatta in ogni circostanza, mentre l'alterazione dei parametri vitali, come spiegato al paragrafo 1.2, si verifica soltanto in caso di sintomatologia acuta, per cui non è un metodo attendibile in caso di dolore cronico. Per entrambe le fasce di età analizzate, la maggior parte degli intervistati utilizza le scale del dolore. L'osservazione clinica è per lo più utilizzata nella fascia di età più adulta, probabilmente perché una maggiore esperienza lavorativa fornisce una migliore capacità osservativa e una più spiccata abilità analitica. La domanda diretta e l'alterazione dei parametri vitali sono gli strumenti meno utilizzati, ma anche qui si potrebbe dire che la domanda esplicita è direttamente legata alla misurazione con scala. Infatti, utilizzare la scala come strumento di misurazione, significa mettere per iscritto la risposta del paziente alla domanda diretta. Si può concludere, quindi, dicendo che tutte e quattro le risposte vanno di pari passo e che andrebbero integrate tra di loro. A conferma di questo, quattro infermieri tra tutti, infatti, hanno selezionato tutte e quattro le risposte. Bisogna comunque

ricordare che molto spesso i pazienti negano il dolore per paura dei trattamenti che ne possono derivare o perché lo ritengono normale quando correlato ad una grave patologia. Secondo i principi di Virgilia Henderson, però, l'infermiere, nel momento in cui sospetta la presenza di dolore in un paziente che invece lo nega, deve esplorare con lui le motivazioni che spingono a negarlo mettendo in atto l'osservazione anche dei comportamenti non verbali che ne palesano la presenza, aiutando il soggetto a concettualizzarle ed invitandolo ad esporre il suo malessere. Qualunque sia il metodo scelto, è importante che l'infermiere rilevi sempre tutte le caratteristiche per fare in modo che si metta il più possibile nei panni del paziente e riesca ad accompagnarlo verso un miglioramento del sintomo e, soprattutto, per fare in modo che il medico abbia a disposizione tutte le informazioni per impostare una terapia che sia il più efficace possibile.

5- Conosce queste scale del dolore?

FPS	Sì ☐	No ☐
NRS	Sì ☐	No ☐
VAS	Sì ☐	No ☐
VRS	Sì ☐	No ☐





La quinta domanda va ad indagare la conoscenza delle scale di misurazione. Dalla valutazione è emerso che l'unica scala conosciuta da tutti è la NRS, che è stata evidenziata dal 100% degli intervistati. Segue, la scala VAS che, in entrambe le fasce di età, è conosciuta da quasi l'80% degli intervistati. Le scale FPS e VRS, invece, non raggiungono il 50% di risposte positive. La FPS riscontra un minor successo nella fascia di età superiore, che invece sembra conoscere meglio la VRS rispetto ai più giovani. Tutti i reparti coinvolti non si incontrano spesso con un pubblico che è quello dei bambini e forse è questo il motivo per cui, non dovendo utilizzare la scala FPS, essa non è ben conosciuta anche se, in teoria, tutti i professionisti sanitari dovrebbero avere conoscenza e maestria nell'uso degli strumenti che vengono messi a loro disposizione per essere in grado di riconoscere quale sia il più idoneo da utilizzare in un determinato momento o circostanza. A tutte le scale dovrebbe essere data la stessa importanza e si dovrebbe sempre poter scegliere quale utilizzare in base al

paziente che si ha di fronte ma, per far sì che questo sia possibile, bisognerebbe conoscerle nelle loro peculiarità.

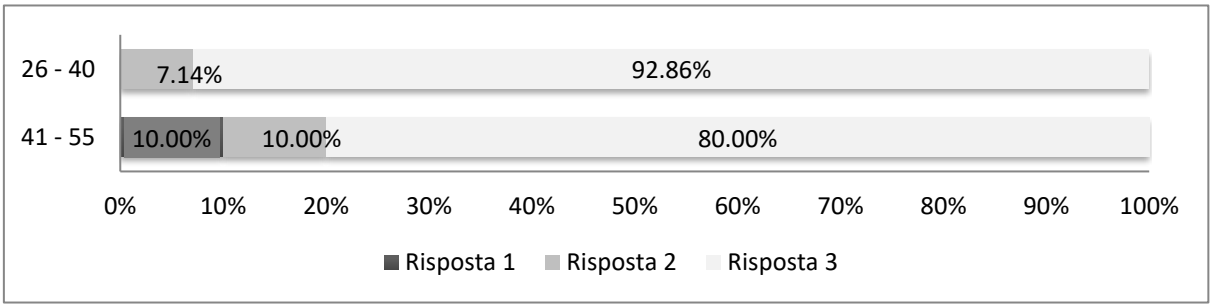
6- Considerando l'Art. 7 della legge 38/2010 "Obbligo a riportare la rilevazione del dolore in cartella clinica", quale scala di valutazione del dolore viene utilizzata nella sua U.O.C?

- o VAS
- o NRS
- o Altro (specificare) .....
- o Il dolore non viene valutato.

La domanda fa riferimento all'Articolo 7 della legge n. 38 del 15 marzo 2010, che obbliga a riportare la scheda di rilevazione del dolore all'interno della cartella medica e infermieristica.[62] Tutti gli intervistati hanno risposto con NRS, il che fa pensare che questa sia la scheda adottata dal Dipartimento Medico dell'Ospedale di Fermo. Tale risultato è in linea con la domanda precedente, dalla quale deriva che, infatti, è l'unica scala conosciuta da tutti.

7- Conosce ed usa il metodo PQRST per la rilevazione del dolore?

- o Sì
- o Sì ma non lo uso
- o Non lo conosco



Il metodo PQRST permette di andare a valutare il dolore nella sua globalità:

- Da cosa è Provocato?

[62] Legge 15 marzo 2010, n. 38 (G.U. Serie Generale, n. 65 del 19 Marzo 2010)

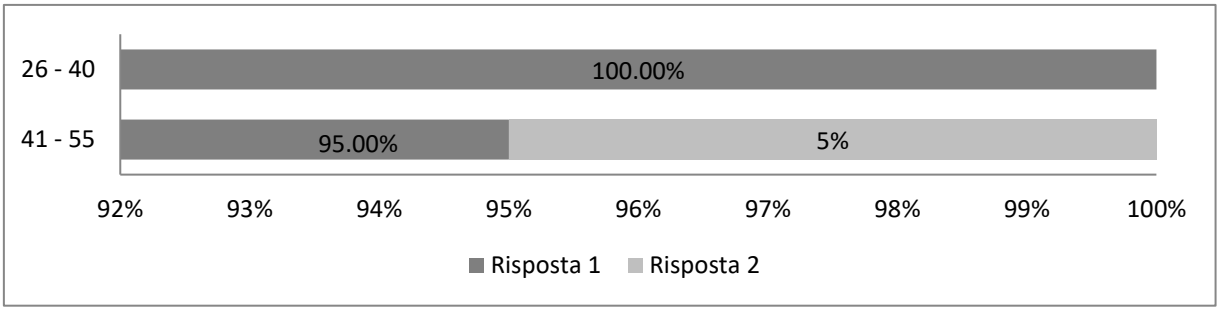
- Quali sono le sue Qualità?
- È un dolore che si irRadia?
- Quanto è Severo?
- Da quanto Tempo è presente?

Questo metodo permette di seguire delle domande che fanno in modo di ottenere più informazioni possibili dal paziente; dovrebbe sempre essere utilizzato durante l'accertamento per farsi un'idea, la più veritiera possibile, del dolore provato dal paziente al fine di riconoscerne la causa e azzeccarne la terapia. Per entrambe le fasce di età la risposta maggiormente evidenziata è che questo metodo non è conosciuto. Il relativo grafico mostra che nella fascia di età 26 – 40 si riscontra questa risposta nel 92,86 % dei casi e 80% per la successiva fascia. Inoltre, della fascia d'età 26 – 40, nessuno ha risposto con la prima domanda, quindi significa che degli appartenenti alla fascia, nessuno lo utilizza. Soltanto il 10% degli appartenenti alla fascia 41 – 55 dichiara di utilizzarlo. I restanti 10% per la fascia 41 – 55 e il 7,14% per la fascia 26 – 40 sostengono di conoscerlo ma di non utilizzarlo. È forse opportuno sottolineare che molto spesso queste domande vengono comunque effettuate, seppur non in quest'ordine o non propriamente uguali e senza la consapevolezza che si stia utilizzando un metodo. Questo sta a significare che, pur non conoscendo il PQRST in sé per sé, gli infermieri devono fare delle domande per riuscire ad

intendere il dolore che viene loro riferito e che, molto spesso, si segue questo metodo empiricamente, senza neanche conoscerlo. Ovviamente è una teoria che non vale sempre ma che si può applicare per lo più al dolore acuto, in quanto il dolore cronico, essendo per lo più neuropatico, spesso ha causa ignota, dura da mesi o addirittura anni e non sempre è possibile analizzarlo con le medesime domande. Comunque, tutti i professionisti sanitari dovrebbero conoscerlo per l'applicazione corretta della prima parte del processo di nursing e, se poi dovessero decidere di non utilizzare il metodo offerto, sarebbe opportuno che queste domande venissero sempre fatte, pur utilizzando un altro strumento di riferimento.

8- In caso di utilizzo della scala NRS, quale affermazione ritiene più idonea al suo modo di lavorare?

- "Assegno il valore numerico riferito dal paziente come risposta alla mia domanda";
- "Il paziente tende ad ingrandire; assegno un valore numerico in base al suo stato di sofferenza apparente".

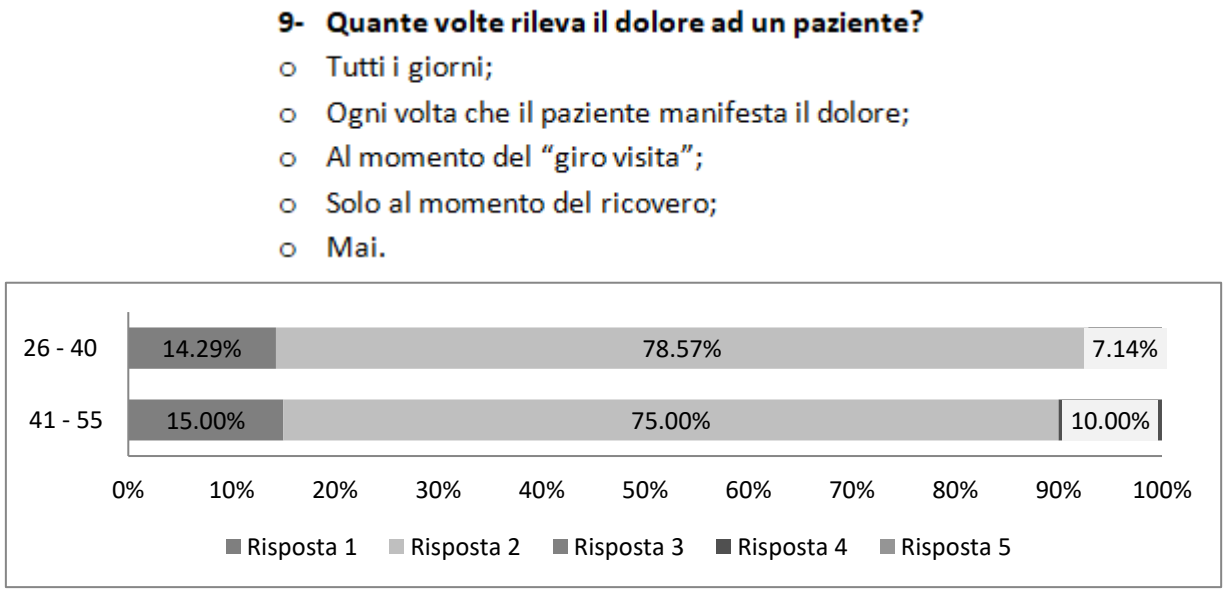


Come già detto precedentemente, il dolore è il sintomo e la malattia più soggettiva rispetto a tutte le altre. Non è semplice esprimerlo e ognuno può viverlo o sopportarlo a modo suo. Non esistono regole o criteri che delineino come mostrarlo; scientificamente si è dimostrata l'esistenza di elementi che

accumunano la maggior parte delle persone con dolore: viso sofferente, sorreggersi la parte dolente, trovare una posizione antalgica che probabilmente sarà diversa tra due individui con lo stesso dolore. Per intendersi, un dolore di intensità 7 (scala NRS) potrebbe essere riferito da due persone che apparentemente sono molto diverse: il primo potrebbe essere costretto ad un'immobilizzazione momentanea, in quanto il suo dolore non gli permette neanche di camminare, potrebbe urlare, avere una grave alterazione dei parametri vitali e dimenarsi. Il secondo soggetto, invece, potrebbe dimostrarsi più calmo e trattabile ma questo non significherebbe che stesse provando meno dolore e che la sua sintomatologia fosse meno importante. Ognuno avverte il dolore in maniera soggettiva e non esiste una comune soglia di sopportazione per cui non si deve temere di chiedere il sollievo anche se altri pazienti con la stessa malattia sembrano tollerare meglio i sintomi dolorosi.[63] Qui ci si ricollega all'osservazione clinica: non sempre lo stato apparente può dare informazioni tangibili su quello che è il malessere del paziente che, per vergogna o perché, appunto, crede che sia "normale", non si lamenta come magari un altro. Ma tutto ciò, non significa che il dolore di chi riesce a sopportarlo meglio debba essere sottovalutato o che, a causa di un'osservazione clinica che non corrisponda ai canoni di un paziente dolorante, si debba assegnare un valore diverso da quello che il paziente riferisce. Bisogna prendere per vero e come unica risposta giusta

[63] https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/come-affrontare-la-malattia/dolore-oncologico-faq

e corretta quella che il paziente riferisce: se un soggetto sostiene di avere dolore 9 (NRS), va trattato come un paziente che ha quell'intensità. I risultati dimostrano che la maggior parte degli infermieri segue questo principio, ricordando la definizione fornita dall'OMS "il dolore è ciò che il paziente dice che esso sia, ed esiste ogni qualvolta che egli ne afferma l'esistenza".[64] Come emerge dal grafico, soltanto una minima percentuale degli appartenenti alla fascia di età 41 – 55 decide di riportare un valore secondo altri parametri di valutazione, andando a modificare ciò che viene riferito dal paziente. È importante ricordare che il paziente è il miglior giudice del suo dolore[65] e quindi compete a lui dare informazioni riguardo l'intensità, i fattori che lo alleviano e le altre caratteristiche come ad esempio la durata, la localizzazione, la ritmicità e gli intervalli.



[64] WHO – OMS World Health Organization, Organizzazione Mondiale della Salute
[65] Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova, pg 58

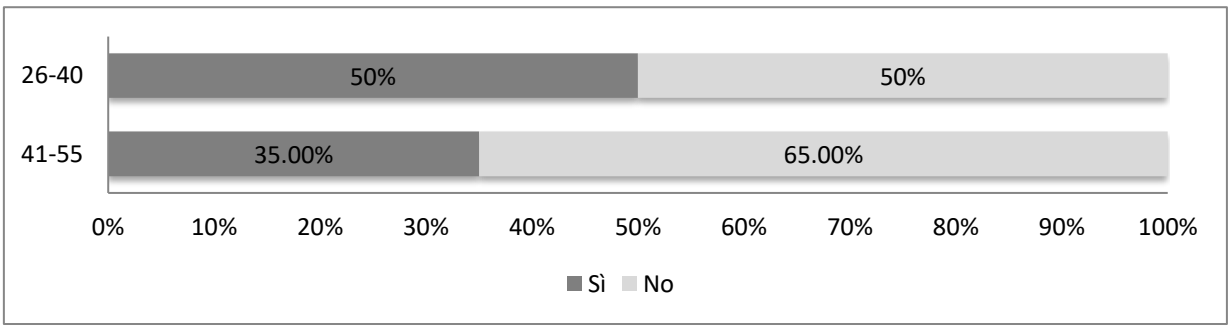
Nei pazienti con dolore la rilevazione e la misurazione del dolore deve avvenire quotidianamente al pari degli altri parametri vitali. Ovviamente, il processo tecnico di misurazione del dolore va inserito in un contesto più ampio, nel quale siano presenti: fiducia da parte dell'operatore nell'attendibilità del paziente nel riportare l'intensità e le caratteristiche del proprio dolore; attitudine a valutare la condizione psicologica del paziente; accurata indagine anamnestica ed approfondito esame obiettivo; richiesta delle indagini strumentali considerate appropriate; impostazione del piano terapeutico antalgico; precoce rivalutazione da mantenere periodicamente nel tempo.[66] Quindi, come per gli altri parametri che nella maggior parte dei reparti vengono misurati ad ogni cambio turno, il dolore dovrebbe ottenere la stessa importanza ed essere poi ulteriormente misurato quando il paziente lo lamenta ma non solamente in quel caso, come insegna lo studio francese di cui al paragrafo 1.1. Per la fascia di età 26 – 41, la maggior parte degli intervistati riferisce di rilevarlo ogni qualvolta il paziente riferisce di averne, il 14,29% di rilevarlo tutti i giorni mentre il 7,14% di intervistare il paziente riguardo il dolore solo nel momento del ricovero. La fascia di età superiore presenta le stesse maggioranze. Nessuno ha risposto con le due opzioni "al momento del giro visita" e "mai". Senza voler criticare i metodi di lavoro degli infermieri intervistati, è bene ribadire l'importanza che il

[66] http://www.inmi.it/wp-content/uploads/2018/11/Protocollo-di-trattamento-del-dolore-cronico_DC2.pdf

dolore non venga valutato solo nel momento del ricovero. Considerando inoltre il fatto che i pazienti spesso negano di averne, o semplicemente non lo dichiarano, si rende necessario che venga continuamente chiesto per tutto l'iter e per tutta la durata del ricovero. È uno degli elementi fondamentali su cui poi il medico dovrà stabilire ed impostare una decisione terapeutica e le procedure da proporre. Così come è importante che venga rilevato al fine di alleviarlo per non recare al malato altri malesseri oltre il motivo del ricovero.

10- A suo parere, i pazienti vengono informati sempre ed in modo completo sulla possibilità di trattamento del dolore?

- Sì
- No

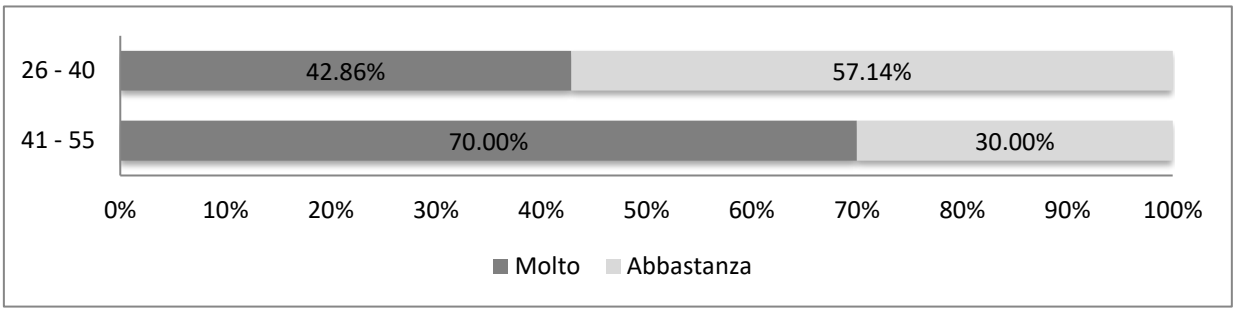


Ogni paziente dovrebbe essere messo al corrente riguardo la terapia del dolore che gli spetta di diritto. È importante che tutti i professionisti sanitari spieghino al paziente l'importanza dell'assenza di dolore, spronandolo ad esporre la presenza del sintomo e a richiedere che essa venga idoneamente trattata. Il paziente deve ben comprendere che è suo diritto non sentire dolore e avere un trattamento affinché questo accada ed è compito dell'infermiere che il paziente si senta a suo agio nel presentare il problema. Tra i risultati ottenuti, gli

infermieri che ritengono indispensabile informare correttamente i pazienti sono il 50 % per la fascia di età più giovane e solo il 35% nella fascia di età 26 – 40. Il resto degli infermieri ha risposto "No", il che significa che non mette in atto tutte quelle tecniche di educazione sanitaria come invece dovrebbe fare affinché il paziente sia ben informato sui suoi diritti e su come dovrebbe comportarsi.

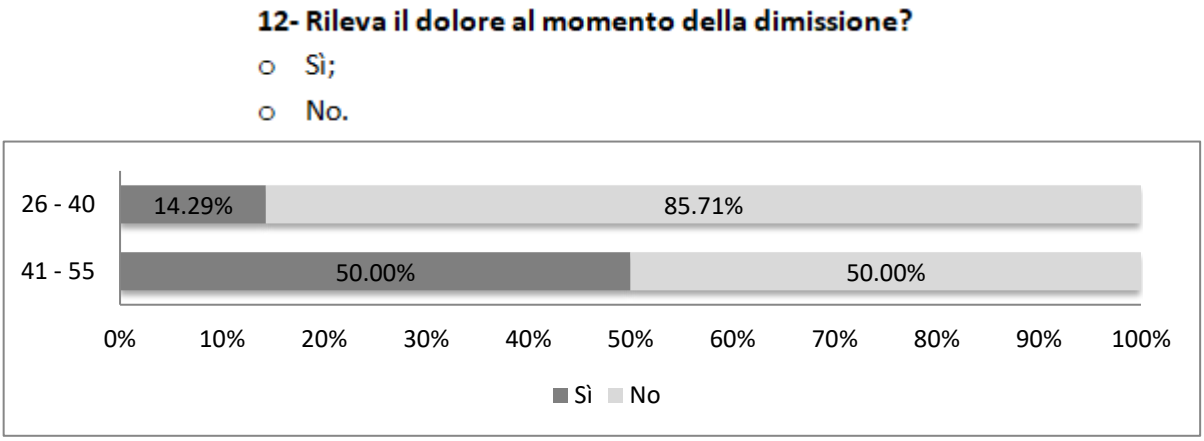
11- Quanto è importante per lei la rilevazione infermieristica del dolore?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente



L'undicesima domanda va a chiedere ai singoli partecipanti il loro punto di vista riguardo l'importanza della rilevazione infermieristica del dolore. Ha una duplice interpretazione: se da un lato potrebbe sembrare una domanda soggettiva, in quanto ognuno può dare ai singoli elementi l'importanza che più desidera, dall'altro è utile per comprendere il punto di vista infermieristico al riguardo e se l'importanza che gli viene attribuita si rifletta poi sul modo in cui il dolore viene gestito e conosciuto. Non ci sono state risposte fortemente negative, ovvero nessuno ha risposto con opzioni tipo "poco" o "per niente" ma si sono concentrate tutte le risposte sulle prime due opzioni "Molto" e

"Abbastanza". Alla luce dei risultati, è stata principalmente la fascia di età 41 – 55 a rispondere con "Molto", mentre la maggior parte dei più giovani ritiene che sia "Abbastanza" importante. Oggettivamente parlando, la rilevazione infermieristica del dolore dovrebbe essere molto importante: è l'infermiere che si trova h 24 a contatto con il paziente e spesso è l'infermiere che fa da tramite tra il malato e il medico il quale, generalmente, interloquisce con il malato solo al momento del ricovero, del giro visita e della dimissione. Considerato questo, è molto importante che l'infermiere riesca ad ottenere più informazioni possibili riguardo all'anamnesi del paziente facendolo sentire a proprio agio e libero di esporre ogni problematica; deve essere il professionista sanitario, in primis, a credere fermamente nella massima importanza del suo ruolo nel cammino del ricovero. È quindi di fondamentale importanza la sua raccolta dati, non soltanto nel momento dell'accertamento ma per tutto il percorso.

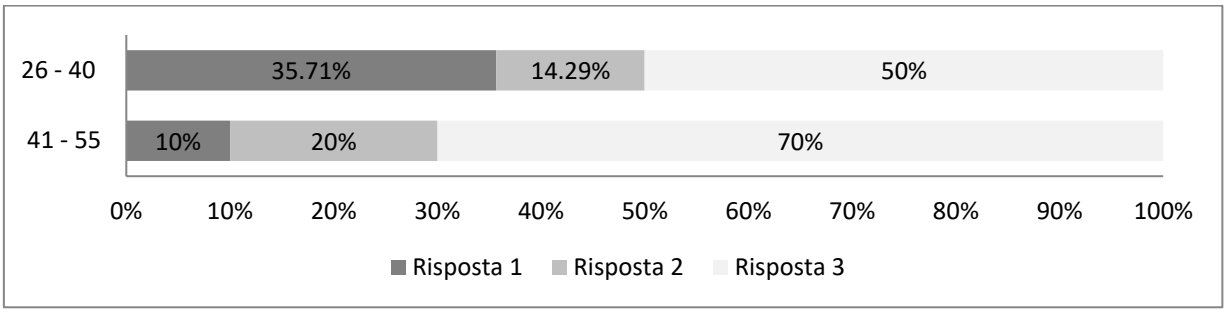


Nei pazienti con dolore, la dimissione a domicilio è una delle componenti che più crea ansia, in quanto non sempre a casa si è pronti a gestire il sintomo,

soprattutto quando è di intensità importante. Allo stesso modo, sarebbe opportuno che un paziente in procinto di essere dimesso, lasci l'ospedale dopo una completa rivalutazione, in cui deve essere inclusa anche quella del dolore. È forse eccessivamente ottimistico il pensiero che il paziente esca completamente privo di dolore, soprattutto in presenza di patologie importanti ma, negli altri casi, deve essere raggiunto questo obiettivo. La maggior parte degli infermieri di età compresa tra 26 e 40 anni, per un totale dell'85,71%, dichiara che non rileva il dolore al momento della dimissione, contro il 50% degli appartenenti all'altra fascia. Non è specificato, nei questionari, il motivo di questa dimenticanza o non curanza del gesto che teoricamente andrebbe fatto, ma sono risultati un po' allarmanti. Rilevare il dolore prima che il paziente lasci l'UOC dovrebbe essere fondamentale, così che, se ne dovesse poi essere rilevata la presenza, si possa andare ad agire in loco o impostando una terapia antalgica domiciliare. Bisognerebbe seguire lo stesso principio che si adotta per le altre patologie: si dimetterebbe mai un paziente con una malattia in fase acuta in corso?

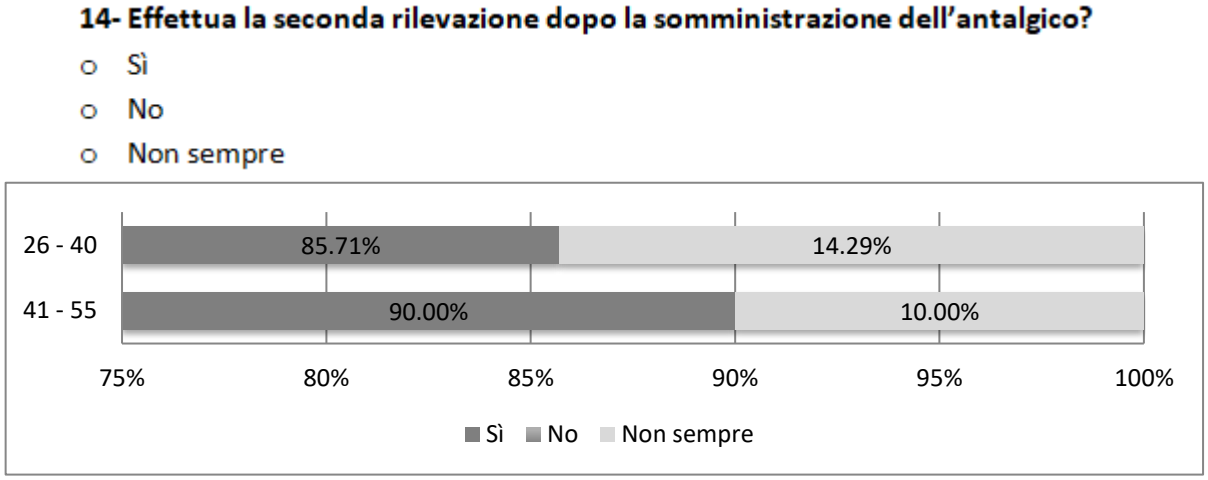
13- Quale di questi considera il maggior ostacolo alla rilevazione del dolore nelle U.O.C.?

- Mancanza di tempo
- Dato poco rilevante per la tipologia di paziente (paziente pluripatologico)
- Paziente poco attendibile (demenza)



Degli infermieri appartenenti alla fascia di età 41 – 55, soltanto 20 su 25 hanno risposto alla domanda. Senza dubbio, le opzioni di risposta potrebbero risultare fuori luogo, in quanto nessuna delle tre è una buona causa per non rilevare il dolore. Nonostante ciò, la maggior parte degli infermieri, il 50% per la fascia 26 – 40 e il 70% per quella 41 – 55, sostiene che il maggiore ostacolo alla rilevazione del dolore sia la poca attendibilità del paziente, come nel caso di paziente con demenza. Teoricamente parlando, ad ogni paziente in qualunque situazione dovrebbe essere rilevato il dolore e non dovrebbero esserci scusanti per la mancanza della rilevazione. Questa non curanza e il trovate giustificazioni sottendono alla sottovalutazione del sintomo: in realtà occupa più tempo rilevare una pressione arteriosa o la frequenza cardiaca piuttosto che fare una domanda per capire se il paziente ha un malessere. Quindi, perché il dolore non viene sempre rilevato come gli altri parametri? La letteratura insegna che la causa maggiore sia la mancanza di tempo, ma, come riportato nei paragrafi precedenti,

il tempo stimato per la rilevazione con utilizzo di scala validata è inferiore al minuto[67].



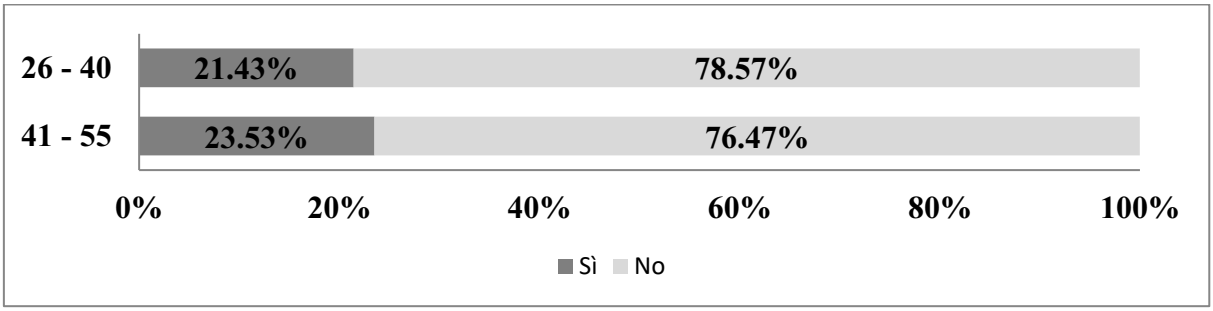
Ugualmente per l'utilizzo delle scale del sollievo, oggetto della domanda successiva, la seconda rilevazione è fondamentale per valutare l'efficacia del trattamento che si è deciso di effettuare. Nessuno degli infermieri intervistati ha risposto di no, anzi, la maggior parte rivela di farlo anche se il 10% per una e il 15% per un'altra fascia di età, sostiene di non farla sempre. Sarebbe invece un parametro molto importante per valutare il proprio lavoro all'interno dell'équipe e per assicursi che il paziente abbia ottenuto il sollievo sperato: infatti, se alla seconda rilevazione l'intensità è inferiore, significa che si è sulla giusta strada. Al contrario, se il valore rimane il medesimo o cresce, è necessario intraprendere

[67] *Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età. Una revisione della letteratura.* Da http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-39-articolo-463.html

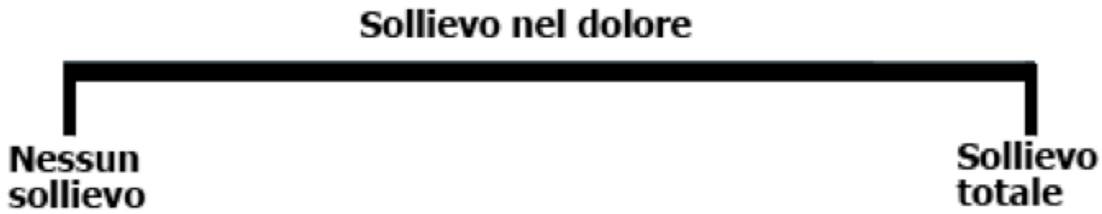
un altro trattamento.

15- Utilizza le scale di sollievo in associazione a quelle per la misurazione dell'intensità del dolore?

- Sì
- No

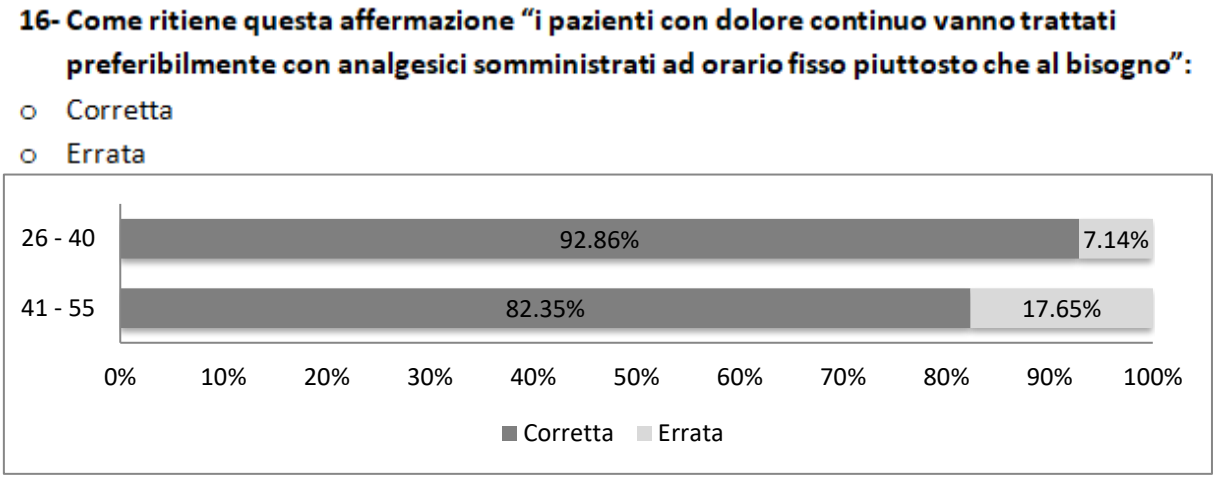


Le scale del sollievo dovrebbero sempre essere utilizzate insieme a quelle del dolore, al fine di verificare se gli interventi attuati siano stati idonei. Si ricorda che esistono scale che sono similari alla VAS e alla NRS, come la seguente:



oppure si può riutilizzare la stessa scala di rilevazione del dolore per verificare che l'intensità sia diminuita. Nonostante sia un passaggio molto importante, neanche la metà degli intervistati dichiara di farlo; il maggior riscontro di risposte positive, seppur con una esigua differenza, si trova nelle risposte degli infermieri di età 40 – 51 anni. Il fatto fondamentale non è tanto l'utilizzo della scala ma andare a verificare se i trattamento, che si sono messi in atto, siano

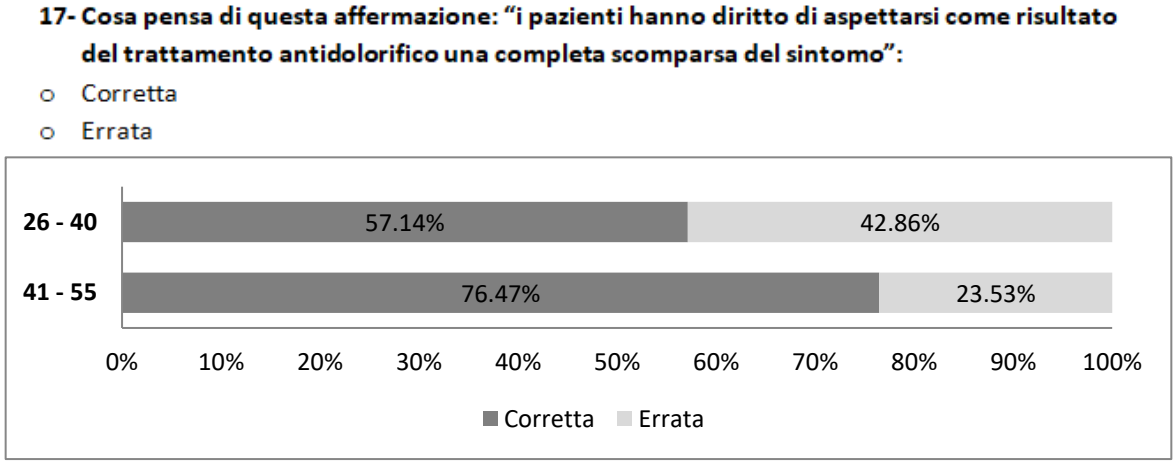
serviti a qualcosa, da qui la necessità di verificare se il paziente abbia avuto un miglioramento della sua sintomatologia. Come per ogni trattamento, quindi, bisognerebbe seguire il paziente per tutto il percorso: dall'accertamento del problema, fino alla sperata risoluzione.



La risposta a questa domanda è abbastanza soggettiva, così come sono divergenti gli studi al riguardo la letteratura specifica offre, come detto nel paragrafo 1.2.2. Il pensiero nel quale tutti concordano è che, sebbene il dolore come malattia non abbia dirette implicazioni sull'aspettativa di vita, la persistente limitazione che ne deriva implica un intervento mirato a controllare il dolore che si ponga obiettivi realistici: dal ripristino almeno parziale della qualità di vita fino al raggiungimento di tutte le concrete, possibili implementazioni di autonomia.[68] Non esiste una legge generale riguardante la disposizione di questi interventi quindi, al momento, è difficile rispondere alle situazioni di sofferenza se non in maniera personale. La maggior parte degli

[68] *Il dolore cronico in Medicina Generale,* Ministero della Salute, 2010, pag 111

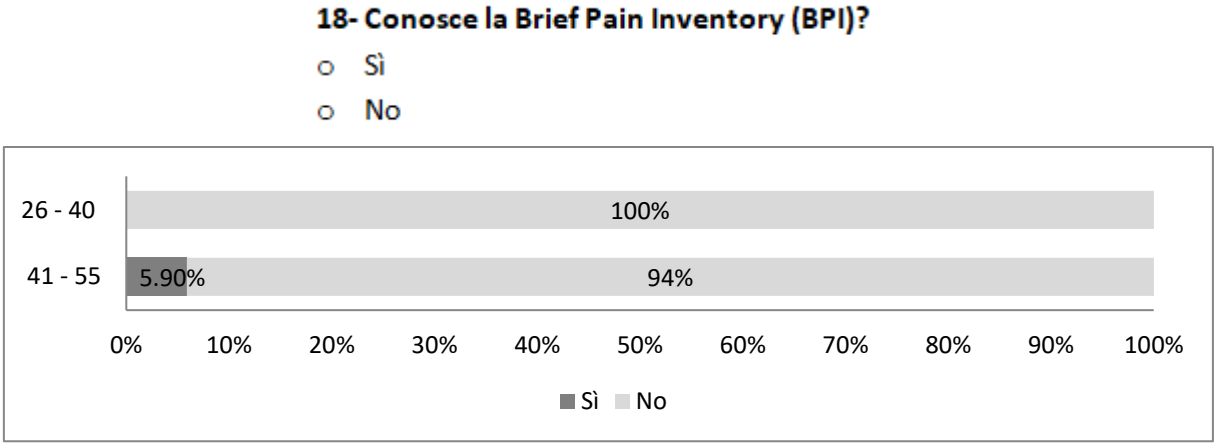
infermieri intervistati, per entrambe le fasce di età, sostengono che sia un'affermazione corretta. Si potrebbe quindi far riferimento alla dicitura "dolore inutile" in quanto il dolore neuropatico non rappresenta un imminente pericolo, ma non per questo deve essere trascurato, è buona cosa alleviarlo comunque garantendo al paziente la riuscita delle abituali attività di vita quotidiana. Una terapia continua dovrebbe andare a garantire questo e a ridurre la riacutizzazione del sintomo. Essa è per lo più utilizzata nel dolore oncologico, dove si somministrano farmaci oppioidi a dose fissa, iniziando da una dose bassa e aumentandola fino a raggiungere il migliore controllo del dolore possibile.[69]



L'affermazione inserita nella diciassettesima domanda lascia spazio ad un'interpretazione soggettiva: la scomparsa totale del sintomo, infatti, non sempre è possibile. Si rimanda all'osservazione delle diverse tipologie di dolore e a come queste rispondano alle terapie effettuabili per poter poi gestire correttamente il dolore e sapere quali risultati aspettarsi. La terapia analgesica

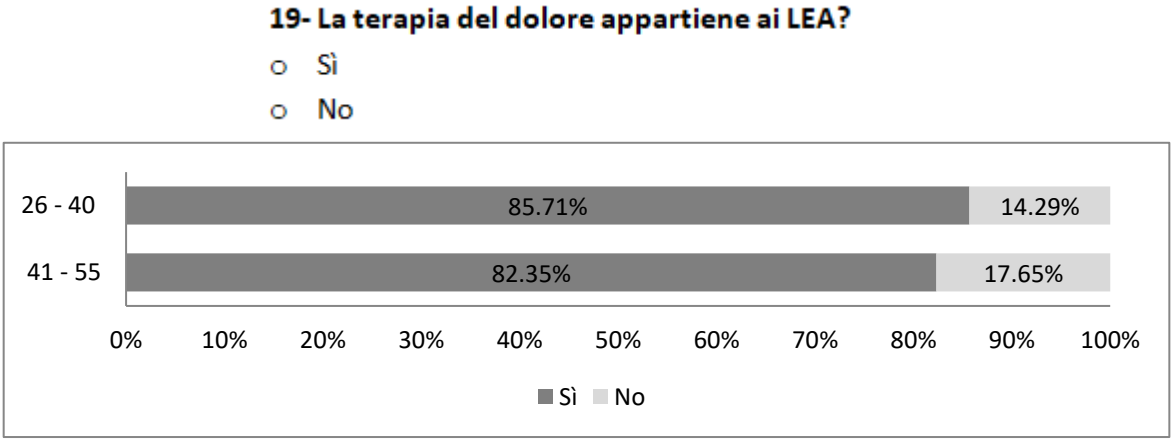
[69] https://www.aimac.it/libretti-tumore/terapia-dolore/farmaci-oppioidi-cancro

successiva a diagnosi di dolore acuto o di dolore inutile per il fine diagnostico dovrebbe avere come risultato un miglioramento tale per cui il paziente possa affermare che il sintomo è scomparso. Se, in situazioni acute, la causa persistesse e il dolore continuasse ad essere presente per qualche giorno, sarebbe opportuno limitarlo fino ad eliminarlo. In caso di dolore cronico o oncologico, la scomparsa totale del sintomo è fisiologicamente impossibile per il tipo di malattia: in questo caso, allora, si adotta la metodica di alleviarlo il più possibile, garantendo al paziente un'intensità che sia tollerabile e sopportabile per il raggiungimento di una qualità di vita normale.



Come accennato nel paragrafo 2.2.1, la Brief Pain Inventory è una scala pluridimensionale che mette in relazione l'intensità con la modalità in cui questo va ad interferire con la quotidianità del paziente. È una scala completa, dalla quale si possono rilevare molte informazioni su come il paziente vive la malattia dolorosa. Fornisce più dati anamnestici rispetto ad una scala normale /

monodimensionale, anche se il tempo di compilazione è leggermente più lungo, considerato il maggior numero di domande. Per la fascia di età più giovane, il 100% degli intervistati non conosce la BPI; nella fascia di età superiore, solo il 5,9% degli infermieri sostiene di conoscerla. La domanda non è abbastanza specifica per capire se la non conoscenza equivale alla non curanza dei fattori correlati al sintomo, ma senza dubbio sono tutti aspetti che andrebbero valutati al fine di garantire un'assistenza che porti il più possibile al miglioramento. Senza dubbio, però, le percentuali sono troppo basse, quasi nulle.

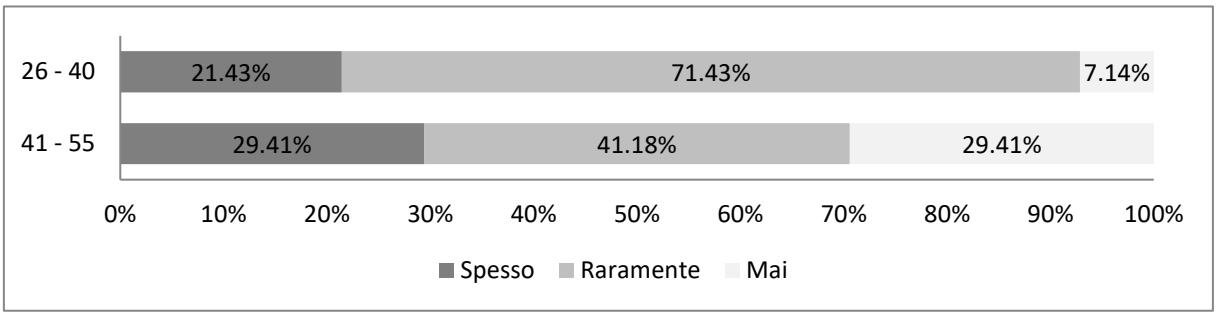


La risposta corretta è "Sì". Il dolore è entrato a far parte dei Livelli Essenziali di Assistenza con l'emanazione della Legge n. 38 del 2010. "*Il Servizio Sanitario Nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza:a) Prevenzione collettiva e sanità*

pubblica;b) Assistenza distrettuale;c) Assistenza ospedaliera. I ***livelli essenziali di assistenza*** *di cui al comma 1 si articolano nelle attività, servizi e prestazioni individuati dal presente decreto e dagli allegati che ne costituiscono parte integrante.* I LEA sono pacchetti essenziali minimi che lo stato deve garantire ad ogni singolo cittadino e comprendono sia l'assistenza ospedaliera, che la domiciliare e territoriale. Vengono continuamente rinnovati, l'ultimo aggiornamento è di Gennaio 2017, in quanto procedono di pari passo con le nuove scoperte e le innovazioni nel campo medico – scientifico. La maggior parte degli infermieri ha risposto "Sì" per entrambe le categorie ma dovrebbe essere di conoscenza di tutti i professionisti sanitari, quali sono le prestazioni che sono ritenute essenziali.

20- Quanto spesso ha occasione di seguire gli assistiti che necessitano di cure palliative (anche come componente di équipe)?

- Spesso
- Raramente
- Mai



Per entrambe le fasce di età, la maggior parte degli infermieri sostiene di avere "raramente" a che fare con assistiti che necessitano di cure palliative,

probabilmente perché nei reparti in cui sono stati consegnati i questionari, il livello di pazienti è quello di chi presenta una patologia acuta.

Conclusione

Dai dati raccolti attraverso i questionari somministrati è emerso come il dolore sia ancora un argomento poco conosciuto soprattutto per quanto riguarda la legislazione esistente e la sua corretta applicazione, come pure per la sua gestione infermieristica. È ancora difficile misurarsi con la sua complessità e con la necessità di predisporre procedure diagnostiche, curative e di prevenzione specifiche. Nonostante i pazienti che lamentano algia siano in crescita, i dati emersi mostrano che non si è ancora del tutto pronti ad affrontare questa nuova malattia, manifestando invece grosse lacune riguardo ad essa. Si potrebbe sottolineare con rammarico quanto il sondaggio evidenzia: soltanto l'80% deiprofessionisti sanitari si è dimostrato consapevole del fatto che il dolore appartiene ai parametri vitali. Questa, infatti, dovrebbe essere una di quelle nozioni che si assimilano e non si scordano più, indipendentemente dall'età o dagli anni di servizio trascorsi dalla fine degli studi teorici. Deve essergli data l'importanza che merita, riuscendo a calarsi nei panni del malato che ne soffre e che, a quanto pare troppo spesso, non viene capito. Accanto agli altri parametri, il dolore dovrebbe essere considerato alla pari delle altre malattie, in quanto una persona che soffre ha una qualità della vita significativamente ridotta, è limitata nelle attività e nella capacità di concentrazione. Si rendono necessari corsi di

aggiornamento che vadano a sensibilizzare sul problema dolore, facendo capire ai professionisti sanitari, intendendo gli infermieri ma non solo, che la conoscenza dell'argomento è fondamentale per gestire questa malattia. Come giustamente recita un proverbio cinese: "L'apprendimento è un tesoro che seguirà il suo proprietario ovunque". Per far sì che ogni professionista sia in grado di mettere in atto tutte le misure e possa utilizzare gli strumenti che gli vengono messi a disposizione per lavorare al meglio garantendo una degna assistenza, ci sono dei concetti che devono essere necessariamente ben assimilati con lo studio. Soltanto una piena conoscenza di essi permette di raggiungere la consapevolezza professionale attraverso la quale decidere quale strumento utilizzare e che sia il più appropriato per il paziente che si ha davanti.

Bibliografia

- AIMAC, *I farmaci oppioidi*;
- American Pain Society – American Academy od Pain Medicine – Linee guida per gli oppioidi, *Linee guida cliniche per l'uso della terapia cronica con oppioidi nel dolore cronico non canceroso;*
- Bailey B. et al, (2012) *Confronto di quattro scale di dolore nei bambini con dolore addominale acuto in un reparto di emergenza pediatrica*;
- Dott. Rocco Mediati SOD Cure Palliative e Terapia del Dolore, Dipartimento Oncologico, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze
- L.J. Carpenito: "Piani di assistenza Infermieristica e documentazione". Ediz. Ambrosiana 2004;
- D.G.R. n. 15 – 7336 del 14 ottobre 2002;
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, Provvedimento 24 Maggio 2001 "Linee guida per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore";
- Grassi, Moretto, Peruselli (2017) *Le cure palliative: Network, pratiche sociali e vissuti soggettivi*;
- Legge 8 Febbraio 2001 n. 12;
- Legge 15 marzo 2010, n. 38 (G.U. Serie Generale, n. 65 del 19 Marzo 2010);
- Ercolani M., (2011) *Malati di dolore. Aspetti medici e psicologici del paziente con dolore cronico*, Zanichelli, Bologna
- Ministero della salute, *Il dolore cronico in Medicina Generale*, 2010;
- Raffaeli W., Montalti M., Nicolò E. (2010) *Infermieristica del dolore.* Piccini. Padova;
- Regione Toscana, *Regolamento di organizzazione e funzionamento della Rete Locale della terapia del dolore*, 2016
- *Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età. Una revisione della letteratura.* Da http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-39-articolo-463.htm

Sitografia

- https://www.ail.it/eventi-e-manifestazioni/uova-di-pasqua/30-ail-area-medica/terapia-del-dolore/101-il-dolore-acuto
- https://www.aimac.it/libretti-tumore/terapia-dolore/farmaci-oppioidi-cancro
- https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/come-affrontare-la-malattia/dolore-oncologico-faq
- http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-39-articolo-463.html
- https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/lesperto-risponde/a-cosa-e-dovuto-il-dolore-oncologico
- http://www.inmi.it/wp-content/uploads/2018/11/Protocollo-di-trattamento-del-dolore-cronico_DC2.pdf
- http://www.mondodiritto.it/normativa/decreto/l-e-a--definizione-e-aggiornamento-dei-livelli-essenziali-di-assistenza.html
- https://www.nurse24.it/specializzazioni/area-clinica/gestione-dolore-nell-extraospedaliero-l-esempio-emilia-romagna.html
- https://www.nurse24.it/dossier/dolore/gestione-dolore-punto-di-vista-legale.html
- https://www.nurse24.it/dossier/dolore/infermiere-nella-gestione-del-dolore-acuto-e-cronico.html
- https://www.nurse24.it/studenti/tesi/la-legge-38-2010-e-sua-applicazione-nellambito-clinico.html
- http://www.regione.marche.it/In-Primo-Piano/ComunicatiStampa/id/10786/p/1497
- http://www.regione.toscana.it/-/ospedale-senza-dolore
- http://www.regione.toscana.it/-/comitati-ospedale-senza-dolore-cosd
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3755&area=cureP alliativeTerapiaDolore&menu=legge

ALLEGATI

Fermo, li 02/05/2019

ASUR MARCHE AREA VASTA 4 – FERMO

Al Direttore Medico Presidio Ospedaliero
Dott.ssa Anna Fiorenza Padovani

Al Dirigente Area Inf.ca/Ostetrica – SPS
Dott. Renato Rocchi

Ai direttori delle UU.OO.:

- **Cardiologia;**
- **Malattie infettive;**
- **Medicina Interna Amandola;**
- **Medicina interna dx e sn;**
- **Medicina Multidisciplinare.**

All'Infermiere Coordinatore delle UU.OO.:

- **Cardiologia;**
- **Malattie infettive;**
- **Medicina interna Amandola;**
- **Medicina interna dx e sn;**
- **Medicina Multidisciplinare.**

LORO SEDI

Oggetto: richiesta autorizzazione ad effettuare uno studio osservazionale sulla conoscenza e gestione del dolore da parte degli infermieri del Dipartimento Medico dell'Ospedale di Fermo tramite un'intervista attraverso la compilazione di un questionario anonimo.

Io sottoscritta Valentina Borraccini,

nata a Sant'Elpidio a Mare il 03/05/1996 e residente a Ponzano di Fermo, via Piemonte, 26, studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, sede di Fermo,

al fine di elaborare e discutere la tesi di laurea nella sessione di Novembre 2019, chiedo alle S.S.L.L. l'autorizzazione a somministrare un'intervista attraverso la compilazione di un questionario anonimo agli infermieri del Dipartimento Medico dell'Ospedale di Fermo, che si incentrerà sulle seguenti tematiche:

- Conoscenze riguardo la rilevazione infermieristica del dolore;
- Utilizzo dei diversi mezzi per la rilevazione infermieristica del dolore;

- Conoscenze infermieristiche dei diversi tipi di dolore;
- Assistenza al paziente con dolore;
- Uso di scale di sollievo,
- Conoscenza della legge 38/2010;
- Conoscenze infermieristiche riguardo le cure palliative;
- Analisi statistica sui mezzi di rilevazione del dolore;
- Analisi statistica riguardo la rilevazione del dolore al momento della dimissione;
- Affermare o smentire l'ipotesi che il dolore sia sottovalutato.

Tutti i dati, trattati rispettando la normativa sulla privacy, verranno sottoposti all'analisi statistica descrittiva che verrà inserita nella mia tesi di Laurea.

Cordiali saluti.

Firma studentessa .....

(Valentina Borraccini)

Visto Direttore ADP Dott. Adoriano Santarelli

Si Autorizza

Il Direttore Medico Presidio Ospedaliero Dr.ssa A. F. Padovani

.....

Il Direttore UOS Area Infermieristico – Ostetrica – SPS Dr. R. Rocchi

.....

Il Direttore U.O.C Cardiologia Dr. D. Gabrielli

.....

Il Direttore U.O.C. Medicina Interna Dr. S. Angelici

.....

Il Direttore U.O.C Medicina Interna Amandola Dr. G. Zega

.....

Il Direttore U.O.C. Malattie Infettive Dr. G. Amadio Nespola

.....

Il Direttore U.O.C. Gastroenterologia Dr. G. Macarri

.....

Il Direttore U.O.C. Neurologia Dr. Signorino

Il Direttore U.O.C. Nefrologia Dr. Garofalo

Regione Marche A.S.U.R.
Area Vasta n.4 - Fermo
U.O. COMPLESSA di NEFROLOGIA e DIALISI
Direttore f.f. Dott. Donato Garofalo
Cod. Fisc. GRF DNT 66D01 B619X
SPECIALISTA IN NEFROLOGIA
Tel. 0734.6252422

.....

L'Infermiere Coordinatore della U.O.C. Cardiologia Dr.ssa M. T. Illuminati

Regione Marche
Area Vasta n.4
DPTO MEDICO
U.O.C. CARDIOLOGIA
Coord. Dr.ssa M. Teresa Illuminati

.....

L'Infermiere Coordinatore della U.O.C. Malattie Infettive Dr. G. Beltrami

Regione Marche A.S.U.R.
Area Vasta n.4 - Fermo
U.O.C. MALATTIE INFETTIVE
Coordinatore Infermieristico
Gianpietro BELTRAMI

.....

L'Infermiere Coordinatore della U.O.C. Medicina Interna Dr.ssa T. Miconi

Regione Marche A.S.U.R.
Area Vasta n.4 - Fermo
U.O.C. MEDICINA INTERNA
Coordinatore Infermieristico
Tania MICONI

.....

L'Infermiere Coordinatore della U.O.C. Medicina Interna Amandola Dr.ssa R. Galiè

Regione Marche A.S.U.R.
Area Vasta n.4 - Amandola
Posizione Organizzativa Transmurale
Ospedale/Territorio Amandola
Dr.ssa Rosanna GALIE'

.....

L'Infermiere Coordinatore della U.O.C. Medicina Multidisciplinare Dr.ssa R. Morelli

Regione Marche A.S.U.R.
Area Vasta n.4 - FERMO
UOC Medicina Multidisciplinare
Infermiera Coordinatrice
Dr.ssa Romina MORELLI

.....