

INDICE

INTRODUZIONE	1
MATERIALI E METODI	4
QUADRO TEORICO GENERALE	4
RISULTATI E DISCUSSIONE	26
CONCLUSIONI	36
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	38
RINGRAZIAMENTI.....	42

ABSTRACT

Il dolore è uno dei cinque parametri vitali, con cui l'infermiere si trova in continuazione a contatto durante l'esecuzione della propria attività professionale.

Questa revisione narrativa della letteratura vede come obiettivo evidenziare la complessità del dolore cronico e quelli che sono i loro limiti e le problematiche nella valutazione e nel trattamento del dolore cronico.

La ricerca delle evidenze scientifiche è avvenuta di motori di ricerca quali PubMed e Google Scholar.

Parole chiave: dolore, dolore cronico, scale di valutazione del dolore, dolore e modello bio-psico-sociale, dolore e depressione, dolore e gestione, dolore e infermiere

Attraverso le ricerche effettuate si può concludere come il dolore, sia soggettivo e complesso grazie alla sua rappresentazione mediante il modello bio-psico-sociale, ma data la sua complessità, non sempre venga valutato in maniera completa prendendo solamente in considerazione il fattore biologico lasciando in secondo piano le altre due sfere che compongono la persona, piuttosto che metterle sullo stesso piano.

Si può affermare come siano diversi i fattori che portano a problematiche dentro il processo di gestione del dolore cronico che inizia in primis con la sua definizione che rende fuorviante il suo trattamento e diagnosi, fattore poi aggravato dall'individualità dei professionisti e la comunicazione non sempre chiara da parte del professionista sanitario.

INTRODUZIONE

Il dolore è uno dei cinque parametri vitali, con cui l'infermiere si trova in continuazione a contatto durante l'esecuzione della propria attività professionale.

La gestione del dolore rientra tra uno dei doveri dell'infermiere, dovere enunciato attraverso il codice deontologico nello specifico questo viene trattato dall'articolo 18^{1,2}

all'interno di cui si afferma che: " L'infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona."¹

Oltre che all'interno del codice deontologico si sottolinea l'importanza del dolore anche da un punto di vista legislativo attraverso la legge n.38 del 15 marzo 2010.³⁵ in cui si comprende all'interno dei livelli essenziali di assistenza l'accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative.²

All'interno di questa legge, l'articolo 7 rende obbligatorio riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica.² Per questo all'interno della cartella clinica nella sezione medica ed infermieristica, devono essere riportate le caratteristiche del dolore rilevato, scegliendo gli strumenti più adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la rilevazione del dolore, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.²

Molto importante all'interno della gestione del dolore rientra la sua valutazione che se fatta in maniera adeguata permette di poterlo gestire in maniera congrua, che sia attraverso un rimedio farmacologico o no.

Tenendo sempre conto durante tutto processo assistenziale che la persona non va vista solo in base alla malattia che ha e quindi, da un punto di vista biologico ma va vista in maniera olistica ovvero come un'entità bio-psico-sociale; quindi, prendendo in considerazione come la persona vive l'evento e l'ambiente che la circonda garantendo quindi un'assistenza personalizzata.³

Il dolore viene definito come "esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata o simile a quella associata a un danno tissutale reale o potenziale"⁴, definizione elaborata nel 1978.

In seguito, poi la definizione di dolore è stata ampliata dall' International Association for the Study of Pain, IASP, grazie al lavoro della Task Force IASP presieduta da Srinivasa N. Raja, Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Johns

Hopkins University, School of Medicine, Baltimora, con la collaborazione di 13 esperti internazionali.^{4,5}

La definizione è stata ampliata con delle note integrative:^{4,5}

- Il dolore è sempre un'esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.^{4,5}
- Il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto solo dall'attività neurosensoriale.^{4,5}
- Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.^{4,5}
- Il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato.⁴
- Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico.^{4,5}
- La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore.^{4,5}

Queste note aggiuntive sottolineano le tre dimensioni interconnesse dell'esperienza del dolore: biologica, psicologica, e sociale e la natura personale appresa di quell'esperienza. Oltre che evidenzia come a sua volta poi il dolore porti ad una disfunzionalità nella vita della persona.^{4,5}

Nello specifico l'argomento che si vuole trattare è quello del dolore cronico, che viene definito come un dolore da una durata superiore i 3 mesi e dal fatto che il dolore persiste nonostante la guarigione della malattia, facendo sì che non ci sia più una correlazione tra causa-effetto portando il dolore a diventare "malattia".^{6,7}

In Italia la prima stima epidemiologica validata a livello nazionale è contenuta nel Rapporto Istisan "Dolore cronico in Italia e suoi correlati psicosociali dalla "Indagine europea sulla salute" (European Health Interview Survey) 2019",⁸ pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità. L'indagine ha coinvolto oltre 44000 partecipanti, di cui circa 38800 hanno risposto al breve questionario sul dolore cronico, inserito, appunto, nell'Indagine europea sulla salute condotta dall'Istat.⁸

Dai risultati di questo studio emerge che il dolore cronico affligge dieci milioni di persone (circa 4 milioni di uomini e quasi 6 milioni e mezzo di donne) ed è presente nell'8% della popolazione di 18-44 anni, con un aumento al 21,3% tra i 45-54enni, al 35% tra i cosiddetti "giovani anziani" (65-74enni), fino a raggiungere il 50% negli ultra-ottantacinquenni.⁸

L'obiettivo di questa revisione narrativa è: evidenziare la complessità della gestione del dolore cronico e quelli che sono i limiti e le problematiche all'interno dei metodi di valutazione e dei trattamenti.

MATERIALI E METODI

I materiali utilizzati sono stati ricercati all'interno di motori di ricerca quali PubMed e Google Scholar.

Utilizzando una linea temporale che va dal 2010 al 2024. Identificando 10 articoli pertinenti con l'obiettivo.

Il criterio di esclusione riguardavano tutti gli articoli che andavano a trattare di dolore cronico post-operatorio o correlato a patologie specifiche.

Inoltre, come soggetto di ricerca si sono prese in considerazione per la maggior parte revisioni di letteratura per poter avere più confronti possibili sugli argomenti trattati.

Parole chiave utilizzate: dolore, dolore cronico, gestione del dolore cronico, trattamento del dolore cronico, valutazione del dolore, scale di valutazione del dolore, dolore cronico e infermiere

QUADRO TEORICO GENERALE

La neurofisiologia del dolore si caratterizza da diversi elementi, come possiamo vedere attraverso la rappresentazione sottostante (immagine 1)⁹ la modulazione del dolore inizia con la ricezione dello stimolo da parte dei nocicettori periferici¹⁰ da qui il I

Neurone nocicettivo,¹⁰ trasmette lo stimolo fino alle corna posteriori del midollo spinale,^{9,10} dove trasmetterà il dolore al II Neurone nocicettivo,⁹ per poi raggiungere il talamo, dove lo stimolo quindi verrà trasmesso al III neurone nocicettivo e quindi lo stimolo arriverà alla corteccia cerebrale³(corteccia sensitiva).⁹ Dove poi si elabora quella che è la risposta allo stimolo doloroso.

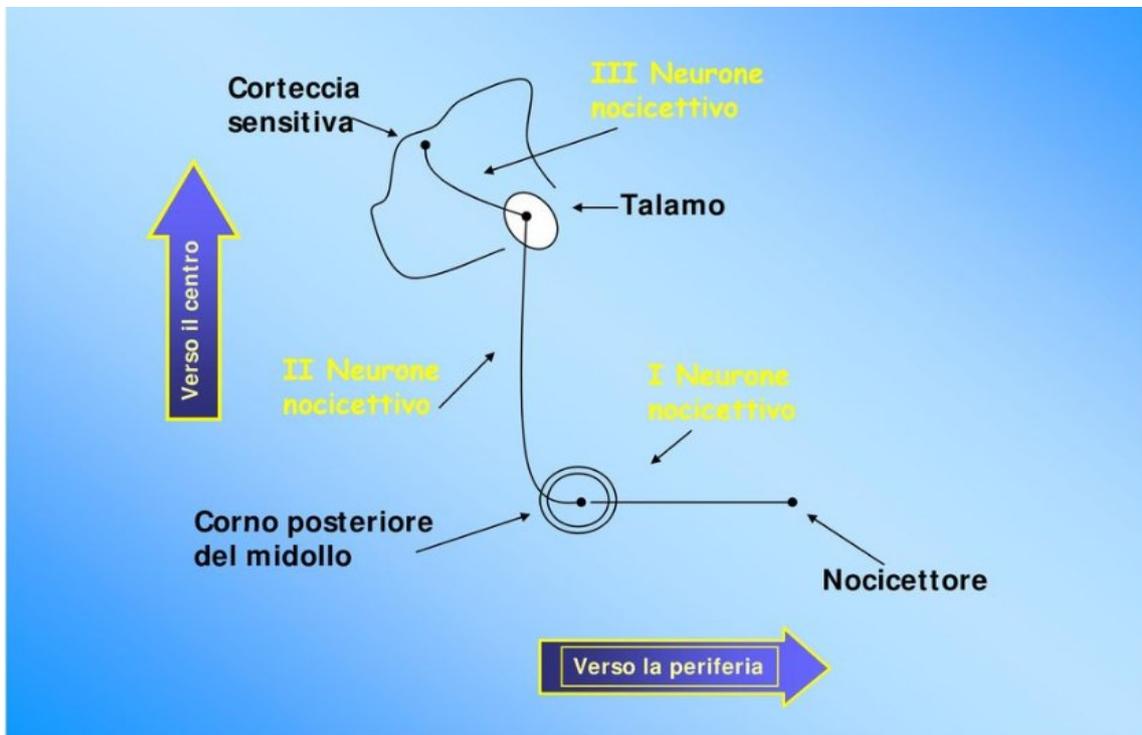


immagine 1

Il dolore può essere classificato secondo tre aspetti: origine, intensità e la durata⁶

Generalmente, in base all'origine dello stimolo, è possibile identificare:

- Il dolore nocicettivo che si sviluppa a livello periferico, a seguito della stimolazione dei nocicettori, che inviano lo stimolo attraverso le fibre nervose del sistema somato-sensoriale al midollo spinale quindi al talamo e alla corteccia cerebrale.⁶

Quindi il dolore nocicettivo si origina a livello dei tessuti (somatici o viscerali) ed è caratterizzato dall'integrità del sistema somato-sensoriale.^{6,7}

Il dolore nocicettivo lo possiamo distinguere in:

- Infiammatorio, è causato da una sensibilizzazione dei nocicettori periferici da parte dei mediatori prodotti dal processo infiammatorio. Lo stimolo a cui rispondono in questo caso è di bassa intensità o addirittura in assenza di stimoli (dolore spontaneo).^{6,7}
- meccanico strutturale, origina dai nocicettori sottoposti a stimoli di elevata intensità (sopra la soglia), per esempio nel caso di nocicettori sottoposti al carico in segmenti articolari molto compromessi.^{6,7}
- Il dolore neuropatico è la conseguenza di un danno ai nervi periferici (dolore neuropatico periferico) o al SNC (dolore neuropatico centrale) ed è caratterizzato da una quasi completa mancanza di correlazione tra l'entità dello stimolo periferico e la sensazione dolorosa provocata. È infatti indotto da lesioni neurologiche che determinano un'abnorme attività degli impulsi generati^{6,7}.

Per quanto riguarda il dolore da un punto di vista dell'intensità l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stabilito una scala graduata di classificazione del dolore in base all'intensità.^{6,7}

Vengono descritti tre livelli di intensità:

- Lieve: Grado I (da 1 a 3),^{6,7}
- Moderato: Grado II (da 4 a 6),^{6,7}
- Severo o Grave: Grado III (da 7 a 10).^{6,7}

Infine, in base alla durata principalmente si distingue:

- Il dolore acuto corrisponde a un danno tissutale questo è finalizzato ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi o potenzialmente tali nell'ambiente e nell'organismo stesso.

Il dolore acuto si caratterizza di una breve durata in quanto il dolore si esaurisce quando cessa lo stimolo o come il danno viene riparato (è ben evidente il rapporto causa-effetto).^{6,7}

- Il dolore persistente, dovuto alla persistenza dello stimolo o alla sua ricorrenza. Un esempio è il dolore da coxartrosi, dove la persistenza della lesione anatomica giustifica il ripresentarsi del dolore a ogni movimento dell'articolazione dell'anca; qualora il paziente venga sottoposto ad artroprotesi si ha la risoluzione della sintomatologia.^{6,7}
- Il dolore cronico è definito da una durata superiore i 3 mesi e dal fatto che il dolore persiste nonostante la guarigione della malattia, facendo sì che non ci sia più una correlazione tra causa-effetto portando il dolore a diventare "malattia".^{6,7}

La valutazione del dolore è fondamentale in quanto getta le basi su quello che poi è il trattamento e l'assistenza della persona.

Per questo è importante conoscere quelli che sono gli strumenti a disposizione in questa fase, e saperne i vantaggi e svantaggi per poter scegliere accuratamente per fare una valutazione adeguata.

Per la valutazione del dolore principalmente vengono utilizzate le scale di valutazione che possiamo dividere principalmente in unidimensionali e multidimensionali.¹¹

Scale unidimensionali: indagano un unico aspetto, l'intensità del dolore, sono poco adeguate in caso di fluttuazione dei sintomi o in caso di dolore cronico¹¹

All'interno di questa categoria troviamo: La scala numerica (NRS), questa scala di valutazione si basa sull'utilizzo di una scala numerica che va da 0 a 10, dove lo 0 rappresenta l'assenza di dolore ed il 10 come massimo dolore che la persona può provare.^{11,12}

E' la principale scala che viene utilizzata all'interno della pratica clinica in quanto ripetibile, veloce e facile da utilizzare.^{11,12} Oltre che non richiede nessuna coordinazione visuo-motoria da parte della persona sottoposta all'utilizzo della scala.^{13,14} Negli studi presi in considerazione si vuole far presente come l'utilizzo di questa scala sia associata ad una maggiore compliance da parte della persona non ci siano informazioni sul suo utilizzo in persone con deterioramento cognitivo o che hanno deficit cognitivi.

La scala analogico visiva (VAS), questa scala si basa sulla rappresentazione di un segmento lungo 100mm^{11,12}, alle estremità del quale si trovano i due parametri: dolore assente a sinistra e massimo dolore a destra, la persona poi dovrà indicare con una X lungo il segmento la quantità di dolore percepito, in seguito si andrà a misurare la distanza dalla X agli estremi.¹¹ Più l'X è spostata a sinistra e meno dolore la persona prova, più è a destra e maggiore sarà il dolore percepito.¹¹ Generalmente la VAS è in versione cartacea ma sono state create anche versioni in plastica o meccanica, dotata di un cursore mobile lungo una linea e di ancore solo alle estremità, in sostituzione della tradizionale VAS cartacea.¹² Non vi sono stati alcuni riscontri di cambiamenti positivi di utilizzo di una VAS cartacea piuttosto che quelle in versione di plastica o meccanica.^{11,12}

I vantaggi principalmente riportati della VAS sono che offre potenzialmente le maggiori opportunità di discriminazione⁷ oltre che una più alta sensibilità¹¹.

Da diversi studi però si è visto che per l'interpretazione di questa scala di valutazione è richiesto un minimo di coordinazione visuo-motoria, oltre che non può essere sottoposta a persone con deficit cognitivi o deterioramento cognitivo.^{11,12,13} Infine tale scala richiede l'abilità nel comprendere la rappresentazione grafica della propria intensità di dolore, in quanto non sempre è facile da comprendere come concetto.^{11,12,13}

La scala verbale (VRS) ripropone il susseguirsi di aggettivi che quantificano il dolore. Alla persona verrà chiesto di indicare quale tra gli aggettivi proposti caratterizza meglio il suo dolore:⁷ nessuno, lieve, forte e molto forte. Le scale VRS sono comunemente di lunghezza da quattro a sette aggettivi.^{11,12} Gli aggettivi vengono valutati assegnando numeri (0-6) a ogni opzione di risposta.^{11,12}

Lo svantaggio risiede nel numero di aggettivi che sono all'interno della scala in quanto meno sono e meno la persona riuscirà a identificare l'intensità del proprio dolore^{11,12} e che la persona per poter utilizzare questa scala deve essere cosciente, lucido e collaborante.¹²

Infine all'interno della categoria delle scale unidimensionali troviamo la scala delle espressioni facciali o di Wong Baker, essa viene rappresentata graficamente da 5 facce, numerate da 5 a 1, con espressioni che variano dal pianto disperato al sorriso.^{13,14} Il sorriso sta a rappresentare l'assenza di dolore, invece il pianto disperato rappresenta il massimo del dolore possibile. La persona deve indicare la faccia che più rappresenta il suo status ed è espressione del suo dolore.^{11,13,14}

Vantaggio: è adatta dai 3 ai 18 anni di età, facile da somministrare¹¹

Svantaggio: soprattutto nei bambini possono male interpretare le faccine e non indicare quindi bene la loro intensità di dolore^{11,13}

Scale multidimensionali, hanno lo scopo di analizzare il dolore al pieno degli aspetti che lo caratterizzano come esperienza. Gli strumenti di misura multidimensionali sono indispensabili soprattutto nell'ambito del dolore cronico.¹¹

In questa categoria troviamo: MG GILL PAIN QUESTIONNAIRE, va a valutare 3 campi:^{11,13} il primo è quello sensoriale che rappresenta il quadro quantitativo del dolore percepito^{11,13}, emotivo e affettivo che riguarda quello che è l'esperienza emotiva ed affettiva del dolore e infine il terzo campo è quello valutativo che riguarda quella che è la valutazione dell'intensità del dolore percepito.

A ciascuna delle voci viene in seguito attribuita una sottoclasse per un totale di 20 parole (diversificate tra loro) e a ciascuna attribuito un valore numerico, la somma totale va in seguito a definire il dolore percepito.^{11,13} Per ogni sottogruppo il paziente dovrà scegliere solo una parola, in riferimento al suo dolore attuale, infine, vi è una body chart per la localizzazione del dolore.^{11,13}

La Brief Pain Inventory (BPI) è uno strumento per la valutazione del dolore nelle persone affette da patologie oncologiche, poi esteso anche a persone con dolore cronico

non oncologico.^{13,14} Questa scala si compone di una parte in cui viene chiesto al paziente di indicare l'intensità del proprio dolore su una scala numerica che va da 0 "nessun dolore" a 10 "peggior dolore possibile" e di localizzarlo su una mappa corporea.^{13,14}

Oltre all'intensità di dolore viene presa in considerazione anche la disabilità che il dolore provoca nella vita della persona.¹¹ Quindi vengono presi in considerazione dei fattori che nella vita quotidiana possono essere intaccati dal dolore e vengono valutati tramite una scala da 0 "nessuna interferenza" a 10 "interferisce completamente"¹³

Infine all'interno della categoria della scale di valutazione multidimensionali troviamo La Painad questa è una scala utilizzata per pazienti con marcato decadimento cognitivo o non collaboranti.^{11,13}

Questo strumento, pertanto, consiste nell'osservare i comportamenti del paziente, provvedendo a un'analisi quantitativa del discomfort osservato nel suo linguaggio del corpo. I 5 parametri fondamentali sono: respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo e consolazione.^{11,13,14}

Il limite visibile di questa scala sta proprio che la valutazione si basa solo sull'osservazione se quel comportamento sia espressione di dolore e non manifestazione del deficit cognitivo associato alla gravità della demenza.¹³ Analogamente nei soggetti affetti da demenza la gravità della malattia può modificare, attenuando o esacerbando, la manifestazione del comportamento che esprime la sensazione dolorosa provata dal soggetto.^{13,11}

Risulta quindi fondamentale secondo uno studio quella che è la conoscenza della persona o le informazioni fornite dai caregivers per discriminare un disturbo del comportamento abitualmente manifestato dalla persona da un disturbo con il quale essa potrebbe comunicare la presenza del dolore.¹³

Si vuole riflettere come tra tutte le scale di valutazione ci sia la sola presenza della PAINAD per le persone con deterioramento cognitivo o deficit cognitivo, il che si ritiene limitante nella pratica clinica per la mancanza di uno strumento veloce e facile da utilizzare.

Il dolore è un parametro complesso, questo ci viene dimostrato attraverso diversi articoli all'interno dei quali si evince come la sua esperienza ha un'enorme variabilità da una persona all'altra.^{8,15} Queste differenze sono date da variabili biologiche e psico-sociali.⁸ Dando luogo a quello che viene definito un mosaico unico di fattori che contribuiscono al dolore in ogni individuo.⁸ La comprensione di questi mosaici è di fondamentale importanza per fornire un trattamento ottimale del dolore.^{8,15}

Per poter visualizzare il concetto delle differenze individuali nel dolore possiamo utilizzare il modello Bio-psico-sociale, modello che definisce come l'esperienza del dolore sia influenzata tra molteplici fattori biologici, psicologici e sociali.⁸

La creazione del modello bio-psico-sociale nasce con l'articolo del 1994 Fordyce.¹⁵ Il quale proponeva l'idea che tutte quelle che sono le disfunzionalità e le sofferenze legate al dolore dovrebbero essere considerate "transdermiche", in quanto hanno cause sia interne che esterne al corpo.¹⁵ Definendo quindi, come l'operatore sanitario si confronta, quando si occupa di pazienti affetti da dolore, con un'entità bio-psico-sociale che comprende molto di più di ciò che risiede all'interno della pelle.^{8,15}

L'articolo fatto da Fordyce, quindi, ha permesso di svincolarsi dal modello medico del dolore cronico permettendo di porre i fattori psicologici e sociali sullo stesso piano di quelli biologici nella spiegazione del dolore stesso,¹⁵ aprendo la porta all'intera gamma di interventi sociali, psicologici e biologici, mettendo i pazienti e gli operatori non medici in condizione di affrontare il dolore cronico.¹⁵

Come mostrato nell'immagine 2 la caratteristica del modello bio-psicosociale non è solo quello di mostrare che i fattori biologici, sociali e psicologici esercitino delle influenze sul dolore, ma che anche tra di loro interagiscono e vanno a creare quella che è l'esperienza del dolore. Ciò sottolinea come molti fattori possono interagire in maniera differente per modellare le differenze individuali nel dolore.^{8,15}

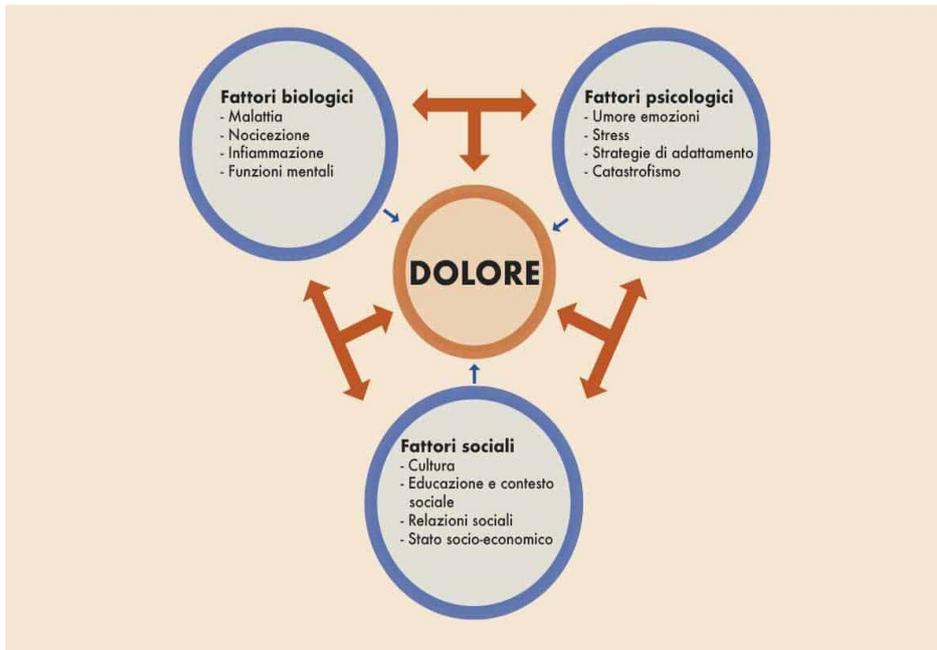


Immagine 2

Differenti variabili possono essere prese in considerazione per mostrare come l'esperienza del dolore sia soggettiva e complessa. Analizzando gli articoli presi in considerazione all'interno di questa variabili possiamo trovare: la differenza di sesso in quanto numerose prove epidemiologiche dimostrano che il dolore cronico è più diffuso tra le donne che tra gli uomini.^{8,15,16} Nello specifico è stato visto come le donne mostrino una maggiore intensità e sensibilità al dolore rispetto all'uomo, oltre che una tolleranza minore.^{8,16} Questa differenza viene spiegata attraverso diverse motivazioni quali: gli effetti degli ormoni sessuali, le differenze nella funzione oppioide endogena, le influenze cognitive/affettive e i contributi di fattori sociali come i ruoli di genere stereotipati.^{8,16}

Poi si analizza anche come anche come le differenze di razza/gruppo etnico incida nella percezione del dolore, sebbene vi siano informazioni contrastanti in merito alla prevalenza del dolore che potrebbe essere inferiore tra i gruppi etnici minoritari rispetto a quelli maggioritari.⁸ Si è potuto notare che alla base per cui c'è una differenza sull'esperienza del dolore in questa categoria è la presenza di più fattori quali la posizione socioeconomica e l'accesso a un'adeguata assistenza sanitaria.⁸ Oltre che all'interno di uno studio si porta alla luce la possibilità che i pazienti appartenenti a minoranze sono a maggior rischio di sotto trattamento del loro dolore, il che potrebbe

ovviamente contribuire alla maggiore gravità del dolore clinico osservata tra i membri dei gruppi minoritari.⁸

Anche se in maniera minore e poco approfondita all'interno di alcuni studi è stata presa in considerazione, collegato alle differenze di sesso e alle differenze etniche, quella che è l'influenza genetica.^{8,16}

Differenze legate all'età, si è potuto notare come con l'avanzare dell'età vada a cambiare anche la percezione del dolore. Le motivazioni che sono state prese in considerazione negli studi di interesse sono:^{8,15} cambiamenti biologici che si hanno con l'età⁸, alterazione della funzione autonoma e cambiamenti nella struttura e nella funzione neuronale¹⁵, qualità del sonno⁸ e il supporto sociale.¹⁵

Parlando poi di ulteriori variabili, si prendono in considerazione quelle psicologiche in cui al suo interno troviamo non solo patologie quali la depressione⁸ ma si è potuto notare come il cervello supporta una complessa interazione ciclica tra dolore e specifici stati emotivi che coinvolge l'elaborazione non cosciente degli stimoli che sono alla base degli stati emotivi associati al dolore.^{8,17} Attivando quindi questi circuiti si va ad aumentare o meno la percezione del dolore.¹⁷ Le emozioni che possono portare ad aumentare il dolore sono: stress, paura, ansia.^{8,17} Mentre si è visto come ciò che va a diminuire il dolore sono tutte quelle emozioni che stimolano il rilascio di dopamina, come ad esempio: la felicità data dalla vicinanza con il proprio partner amoroso o una persona cara.^{8,17}

Infine un'ultima variabile presa però in considerazione in maniera poco approfondita è la variabile sociale, in cui si riporta all'interno tutte le esperienze della persona e le interazioni con l'ambiente circostante.^{8,15} Come ad esempio le esperienze passate delle persone con traumi infantili possono attivare il sistema cerebrale di salienza-pericolo/minaccia e quindi le vie del dolore.¹⁵

Parlando del dolore cronico, come precedentemente citato, questo viene definito da una durata superiore i 3 mesi e dal fatto che il dolore persiste nonostante la guarigione della malattia, facendo sì che non ci sia più una correlazione tra causa-effetto portando il dolore a diventare “malattia”.^{6,7}

All'interno della discussione del dolore cronico si vuole tener conto di come la definizione basata sul tempo venga messa in discussione in due articoli pubblicati nel 2012 che vengono presi in considerazione. All'interno di entrambi si menziona come in realtà la definizione di dolore cronico non dovrebbe solamente essere basata sul tempo.^{18,19} In quanto si afferma come un'etichetta che enfatizza esclusivamente le caratteristiche temporali non aiuta a discernere la complessità degli stati di dolore di lunga durata, il cui esordio, mantenimento ed esacerbazione sono influenzati da un insieme complesso e interdipendente di fattori bio-psico-sociali¹⁹, oltre che ne comporta ad un maggior insuccesso terapeutico^{18,19}. In quest'ultimo proposito ciò che viene affermato, che aiuterebbe questo problema è la distinzione dei pazienti in due categorie che sono: pazienti con malattia cronica dolorosa e pazienti con dolore cronico indipendente.¹⁸

Facendo quindi intuire come il trattamento nei due casi sia diverso¹⁸ in quanto nella seconda categoria è da ricercare in una risposta disadattiva al dolore, nell'emergere di meccanismi del sistema nervoso centrale e in cambiamenti comportamentali che, a loro volta, possono causare sequele sociali, psicologiche e fisiche a lungo termine.¹⁸

Si vuole far presente come la definizione di dolore cronico non sia cambiata cambiata dal 2015.²⁰ Nonostante questo fatto, fino al 2019, la diagnosi di “dolore cronico” nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) non appariva regolarmente,²⁰ il che probabilmente ha influenzato il finanziamento degli sforzi diretti contro questa malattia, nonché la sottostima epidemiologica e il trattamento errato. Ciò viene dimostrato da come al di fuori della medicina del dolore, il dolore cronico ha una bassa priorità nei sistemi sanitari.²⁰

Si riporta la scala all'immagine 3 in quanto si ritiene utile come ulteriore metodo per una più specifica classificazione e valutazione del dolore cronico. La sua utilità risiede nella sua semplicità e velocità nella compilazione oltre che può aiutare all'interno della pianificazione assistenziale infermieristica per renderla più mirata e personalizzata, in particolar modo nella realizzazione di voler migliorare e sviluppare il più possibile l'autosufficienza della persona (a seconda delle sue condizioni cliniche).

In quanto lo strumento in sé è molto generale e limitato ma questo può essere il punto di partenza per andare ad approfondire oltre che quanto il dolore interferisce, ma anche in che modalità e quali sono le sensazioni da parte della persona.

La presenza del dolore cronico può portare alla creazione di disfunzionalità nella vita della persona, quelle che vengono approfondite maggiormente all'interno degli articoli sono: la riduzione dell'attività fisica fino all'immobilità²¹, può verificarsi in quanto la persona, avendo difficoltà nel compiere le azioni sarà portato sempre di più, sentendo la difficoltà, a non farle.^{21,23} Questo è stato visto che succede in quanto gli individui inabili a causa del dolore cronico sono inclini all'inattività e concentrano la loro attenzione sul loro dolore durante il giorno.^{21,23} Portando quindi inevitabilmente al non prendersi più cura di se in maniera autonoma ed arrivare quindi nel peggiore dei casi all'immobilità.³³ Poi vi sono i disturbi del sonno: E' dimostrato come dolore cronico e l'insonnia sono altamente comorbidi:^{21,24} circa il 50% di coloro che soffrono di dolore cronico soffre di insonnia o disturbi del sonno clinicamente significativi,²⁴ e il 50% di coloro che soffrono di insonnia soffre di dolore cronico²⁴

Depressione^{21,25}: Il dolore cronico e la depressione correlata ad esso sono frequentemente riscontrati clinicamente.^{21,25} Si è visto come i pazienti con dolore cronico e depressione segnalano maggiore gravità e durata dei sintomi del dolore.²⁵ Non solo in quanto la depressione non è solo conseguenza del dolore ma anche causa del dolore cronico portando quindi anche ad una difficoltà della gestione della depressione.²⁵ Una meta-analisi di 56 articoli che collegano dolore e depressione ha rilevato che il 65% di coloro che soffrono di depressione hanno un dolore significativo e il 50% di coloro che si trovano in una clinica del dolore hanno la depressione.^{20,25}

Dipendenza dai farmaci, principalmente questo si verifica nel trattamento con oppioidi nel dolore cronico non oncologico.^{21,26} L'uso degli oppioidi porterebbe allo sviluppo del disturbo da uso di oppioidi²⁶ che consiste nella dipendenza fisica che è, l'adattamento fisico nel cervello all'assunzione regolare di un oppioide, definito dallo sviluppo di sintomi di astinenza quando l'oppioide viene sospeso, la dose viene ridotta o viene somministrato un antagonista degli oppioidi.²⁶

Infine, la presenza del dolore cronico si è visto da più articoli che porta alla presenza principalmente di due emozioni quali ansia e paura^{21,23,17}. La presenza di queste due emozioni che portano ad un meccanismo di modulazione del dolore^{14,11} che portano ad una risposta detta catastrofizzazione del dolore¹⁷ questa si riferisce alla tendenza della persona a rimuginare sulle sensazioni di dolore e a sentirsi impotenti di fronte al dolore portando così l'associazione a un dolore maggiore e a un disadattamento nel dolore.¹⁷

Il dolore cronico si è visto che può portare anche a compromissione funzionale della vita lavorativa²⁰ questo si verifica principalmente con il dolore muscoloscheletrico cronico non specifico (CMP).²⁰ Si è visto come si possano presentare tra le persone con dolore cronico e il loro datore di lavoro degli ostacoli, che includevano la gestione del dolore, delle relazioni lavorative sul posto di lavoro e l'esecuzione di adattamenti sul posto di lavoro.²⁴ Adattamenti che possono influenzare positivamente non solo le relazioni con il datore di lavoro e i colleghi, ma anche l'intero ambiente di lavoro.²⁴ Inoltre la presenza di dolore cronico è principalmente associato a una perdita di produttività dovuta a disabilità lavorativa temporanea o permanente²⁰. Tuttavia di solito le persone decidono di andare lo stesso a lavoro, aumentando il rischio di depressione, esaurimento, burnout o cattiva salute mentale.²⁰

Oltre a questi disturbi che sono quelli che all'interno degli articoli vengono approfonditi maggiormente ne possiamo trovare altri che vengono nominati ma non approfonditi all'interno delle ricerche quali: problemi finanziari²¹, isolamento²² correlato anche a problemi familiari²³ come il divorzio²³ e diminuzione dell'appetito²³

La diagnosi del dolore cronico è spesso basata sulla durata del dolore (come da definizione), non tenendo conto dei meccanismi causali specifici o del significato clinico.²⁷ Ribadendo quanto sia importante la conoscenza dei meccanismi causali al fine di istituire la strategia di trattamento più appropriata, questo in accordo con un altro studio in cui si vedeva come la definizione di dolore cronico può fuorviare il trattamento di esso^{27,17}.

Negli ultimi anni, è stato dimostrato che una definizione basata su un punteggio di rischio prognostico ha una migliore validità predittiva per gli esiti del dolore rispetto alla sola durata del dolore.²⁷ Sottolineando fattori diversi dal dolore (ad esempio limitazione dell'attività e depressione), che possono suggerire possibili strade per migliorare i risultati oltre al semplice controllo del dolore (ad esempio, aumentando i livelli di esercizio e migliorando l'umore).²⁷

La complessità dell'esperienza del dolore cronico indica, data la presenza dei suoi diversi aspetti, come il trattamento più consono venga eseguito al meglio da un team multidisciplinare, consentendo ai pazienti di trarre vantaggio dal coordinamento e dall'integrazione di varie discipline mediche e modalità di trattamento.^{27,28}

La struttura dei team multidisciplinari varia notevolmente²⁷, ma all'interno degli articoli si identifica un team centrale è generalmente composto da tre medici (ad esempio medico di base, anestesista/specialista del dolore e psichiatra), più personale non medico (ad esempio psicologo, fisioterapista e infermieri).²⁷

Molti dei vantaggi dell'approccio multidisciplinare si è potuto constatare che stanno nell'offrire una diagnosi precoce e multidimensionale del dolore cronico che si accompagna ad un rapido inizio della terapia secondo un piano di trattamento personalizzato.^{27,28} Rendendo quindi disponibile un'ampia gamma di opzioni di trattamento farmacologiche e non farmacologiche^{27,28}, che il paziente può discutere con i vari specialisti coinvolti. Evitando così la duplicazione delle indagini e il fallimento del trattamento può essere individuato precocemente.^{27,28}

Nei vari articoli, è stato dimostrato che il trattamento multidisciplinare del dolore facilita il recupero della funzionalità fisica e la capacità di tornare al lavoro.^{27,28} È anche associato ad aumenti del controllo percepito sul dolore e diminuzioni della catastrofizzazione, della disabilità auto-riportata dal paziente, dell'intensità del dolore e della depressione.^{27,28}

Parlando del team multidisciplinare si vuole far presente come all'interno degli articoli vengano visti solamente quelli che sono i vantaggi che può portare il lavoro attraverso un team multidisciplinare, però non si prende in considerazione la problematica principale, ovvero che nella pratica clinica, poi i professionisti non vanno sempre a collaborare formulando degli obiettivi comuni ma bensì vanno a lavorare individualmente con ognuno i propri obiettivi che scelgono senza far partecipare il paziente in maniera attiva ciò si pensa porti ad un maggior rischio di duplicazione delle indagini e ad un maggior rischio di fallimento del trattamento, si ritiene infine che il lavoro individuale da parte dei professionisti porti ad una compliance minore da parte del paziente oltre che confusione sulle informazioni che gli vengono date.

Il trattamento da applicare per controllare in maniera efficace il dolore si è visto che è quello di tipo multimodale.²⁸ Questo trattamento vede come oggetto la combinazione della terapia farmacologica con quella non farmacologica oltre che la combinazione anche di più farmaci con più tecniche farmacologiche.²⁸

Partendo dai trattamenti farmacologici si è potuto constatare come un singolo farmaco non determini un sollievo dal dolore soddisfacente in modo unimodale e autonomo.²⁷ Pertanto, il trattamento farmacologico combinato è un aspetto importante della gestione multimodale del dolore cronico.²⁷ Una componente chiave del trattamento del dolore con i farmaci è trovare l'equilibrio tra trattamento efficace ed effetti collaterali accettabili.²⁷

Alla base della motivazione per la terapia farmacologica combinata (CDT) è quella di prendere di mira i diversi meccanismi del dolore che contribuiscono alla sindrome del dolore generale del paziente.²⁷

L'OMS nel 1996 ha proposto una scala a tre gradini per la gestione farmacologica del dolore in base all'intensità determinata con l'uso della VAS:^{6,29} Dolore lieve (1-3): è indicato il trattamento con FANS o paracetamolo ± adiuvanti; Dolore moderato (4-6): è indicato il trattamento con oppioidi minori ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti; Dolore severo (7-10): è indicato il trattamento con oppioidi maggiori ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti. (scaletta visibile nell'immagine 4)^{6,29}

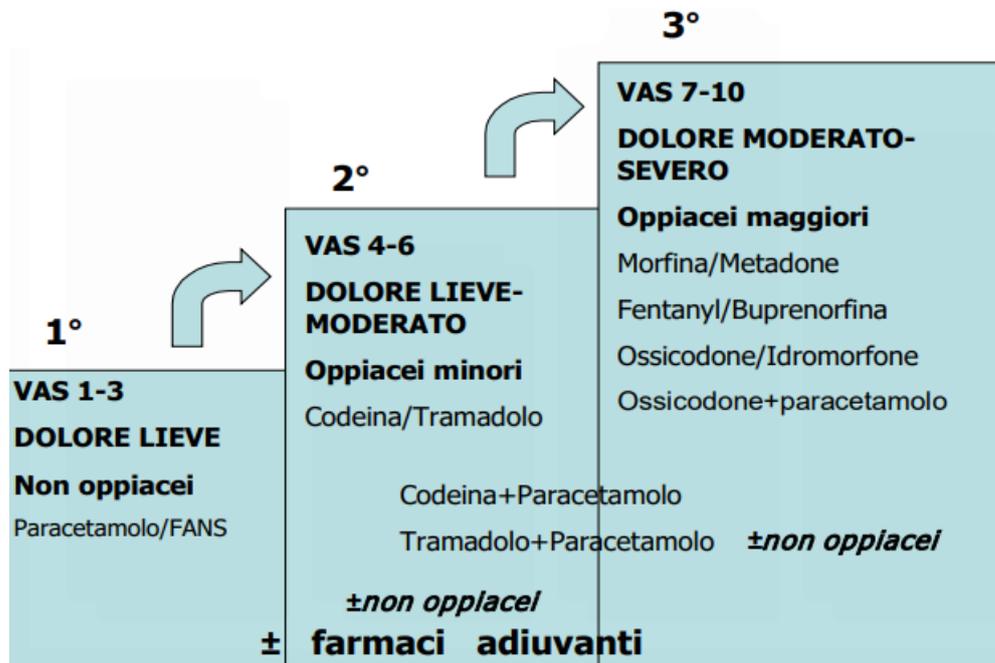


Immagine 4

Questa scaletta ideata dall'OMS è poi diventata il caposaldo della strategia farmacologia per una appropriata gestione del dolore. Che suggerisce il passaggio al gradino superiore non solo in base all'intensità del dolore ma di passare al gradino successivo anche nel caso in cui il dolore continua a persistere.⁶

Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS):^{29,30} hanno un effetto antiinfiammatorio, analgesico ed antipiretico. Il principale effetto negativo della terapia con farmaci antinfiammatori non steroidei è la gastrolesività,³⁰ soprattutto nei pazienti a rischio e in quelli in terapia con più farmaci.

Il paracetamolo^{29,31} è un analgesico dotato anche di proprietà antipiretiche. Gli effetti negativi sono una lieve stitichezza, un possibile lieve rialzo degli enzimi epatici e un

aumento dell'effetto dei farmaci anticoagulanti. Il più grave effetto da sovradosaggio acuto è la necrosi epatica.³¹

Infine, gli oppiacei^{26,29,32} il loro utilizzo si trova principalmente nel trattamento del dolore cronico da cancro, e del dolore di fine della vita come parte delle cure palliative.^{29,32} L'uso degli oppioidi nei pazienti con dolore cronico dovuto a disturbi non terminali rimane controverso,³² può essere presa in considerazione, ma solitamente solo se la terapia non a base di oppioidi non ha avuto successo.³²

I principali effetti negativi della terapia con oppioidi sono nausea, vomito, stitichezza e sonnolenza.^{26,32} Alte dosi possono provocare depressione respiratoria e ipotensione.³² Un altro effetto collaterale importante è il presentarsi del disturbo da uso di oppiacei(dipendenza).³²

Infine nella terapia farmacologica si va a tenere conto della possibilità dell'utilizzo di farmaci adiuvanti^{29,33} questi vengono impiegati per rafforzare l'efficacia degli analgesici, trattare i sintomi concomitanti aggravanti il dolore, fornire analgesia indipendente per tipi specifici di dolore e sono utilizzabili in tutti gli stadi della scala analgesica.^{29,33} I farmaci utilizzati all'interno di questa categoria sono: gli anticonvulsivanti sono indicati nel dolore neuropatico, specialmente se lancinante o urente³³ e gli antidepressivi triciclici potenziano gli effetti analgesici degli oppioidi ed hanno proprietà analgesiche intrinseche.³³

Passando poi alle terapie non farmacologiche è una categoria di trattamenti che se applicati insieme alla terapia farmacologica è stato dimostrato di portare maggior sollievo dal dolore³⁴ anche se solitamente queste pratiche vengono prese in considerazione dai professionisti ma anche dalle persone stesse quando vi è un peggioramento del dolore.³⁴

Queste oltre che essere utilizzate in combinazione con la terapia farmacologica possono essere combinate tra di loro.^{34,35}

All'interno di questa categoria vi sono molte pratiche che possono essere metodi fisici e psicologici. All'interno dei metodi le pratiche di maggiore utilizzo si è visto che sono: La TENS³⁴, è un metodo per alleviare il dolore attraverso l'applicazione di una stimolazione elettrica a bassa intensità.³⁴ Oltre alla stimolazione elettrica si è visto come anche terapie in cui vengono utilizzate onde sonore ad alta frequenza³⁴ per promuovere la guarigione dei tessuti sono efficaci per alleviare il dolore cronico.³⁴

Poi possiamo trovare la terapia del calore e crioterapia³⁴, queste si riferiscono all'applicazione di agenti termici ai tessuti per alleviare il dolore.

Anche la terapia del massaggio^{34,35} o la massoterapia è emersa come un metodo efficace per la gestione del dolore cronico con risultati promettenti negli studi clinici,^{31,32} all'interno della massoterapia si è visto risultati positivi dell'utilizzo della mobilizzazione articolare e la manipolazione dei tessuti molli volte a ripristinare la mobilità e la funzione.^{34,35} Questo ha maggior efficacia secondo gli studi se associata all'attività fisica che viene raccomandata da diverse linee guida come una componente importante nella gestione del dolore cronico.^{34,35}

Parlando poi di metodologie psicologiche quella di maggior importanza e che viene più utilizzata è la terapia cognitivo comportamentale³⁴, questa è una psicoterapia che mira a modificare pensieri e comportamenti disadattivi correlati al dolore cronico.

Altri metodi che è possibile utilizzare che vengono menzionati all'interno di uno degli articoli presi in considerazione sono: l'ipnosi³⁴, questa è una tecnica psicoterapeutica che utilizza suggerimenti per indurre uno stato di coscienza alterata, caratterizzato da attenzione focalizzata, rilassamento e maggiore reattività ai suggerimenti.³⁴ Ma anche interventi basati sulla consapevolezza³¹: implicano l'uso della consapevolezza consapevole del momento presente senza giudizio per affrontare il dolore.³⁴

Anche all'interno dei trattamenti non farmacologici possiamo trovare terapie complementari e alternative.³⁴ In questa categoria si può vedere l'efficacia dell'agopuntura,³⁴ Yoga e tai chi,^{34,35} e infine la musicoterapia³⁴

La gestione del dolore infermieristica la si potrebbe definire come: “l'intenzione di modulare il dolore dei pazienti o la loro risposta al dolore utilizzando approcci multimodali in una relazione collaborativa con il paziente, con l'obiettivo dell'autoefficienza.”³⁶

Questo dato dal fatto che il dolore cronico non può essere gestito andando a guardare solamente l'intensità del dolore, ma bensì intervenire in diverse modalità che porti il paziente a sviluppare una maggiore autosufficienza ed adottare uno stile di vita con atteggiamenti positivi.³⁶

L'infermiere all'interno della gestione del dolore croniche va ad agire in maniera autonoma e in collaborazione con le diverse figure professionali che seguono il percorso della persona.

Le competenze dell'infermiere nella gestione del dolore cronico iniziano con la presa in carico del paziente ³⁷, al momento della presa in carico deve essere fatta una giusta valutazione con l'utilizzo delle scale di valutazione corrette.³⁷ Una volta fatto l'accertamento si passa ad una corretta pianificazione del piano assistenziale.^{37,38}

Altre competenze dell'infermiere rientrano la rivalutazione del dolore³⁷ e valutare, se prescritta la somministrazione della terapia antalgica³⁷ ciò comporta conoscere i farmaci prescritti e quelli che sono i loro effetti avversi e saperli prevenire e gestire³⁷, questo comprende anche il precoce riconoscimento di condizioni di non aderenza o scarsa efficacia del trattamento terapeutico antalgico e discussione collegiale di strategie per risolvere il problema.³⁸ I principali effetti negativi si verificano con la terapia con oppioidi e i sintomi da valutare e gestire oltre che prevenire sono: nausea, vomito, stitichezza e sonnolenza^{32,37}. Alte dosi possono provocare depressione respiratoria e ipotensione.^{32,37} Un altro effetto collaterale importante è il presentarsi del disturbo da uso di oppiacei(dipendenza).^{32,37} Ci sono buone prove che lo screening antidroga nelle urine riduca l'abuso di oppioidi da prescrizione. Ci sono buone o discrete prove che i programmi di monitoraggio delle prescrizioni riducano l'abuso di droga e lo shopping di dottori. Solo discrete prove indicano che i programmi di monitoraggio delle prescrizioni riducono le visite al pronto soccorso, l'overdose o i decessi.³⁹ Il dolore va rivalutato ogni qual volta viene riferito⁴⁰.

Per il controllo degli effetti avversi dati dalla terapia con oppioidi sono state identificate diverse azioni che possono essere messe in atto. Iniziando dalla nausea/ vomito la raccomandazione è quella che l'infermiere si deve accertare che venga prescritto un antiemetico "al bisogno".^{37,39} Per la stipsi viene raccomandato la prescrizione di lassativi od aumentati se già siano presenti in terapia³⁷. Inoltre si consiglia di istruire il paziente ad attuare una dieta alimentare che migliori la peristalsi intestinale (aumento di liquidi, frutta, verdura, ecc).^{37,39} Infine per la sonnolenza si consiglia l'educazione del paziente e del caregiver in quanto sintomo comune quando si iniziano gli oppioidi e con i successivi aumenti di dosaggio.^{37,39} Inoltre viene consigliato di educare il paziente di informare il medico delle eventuali allucinazioni o confusione o sonnolenza che continuano oltre le 72 ore.^{37,39}

Importante è poi di conseguenza registrare in cartella la valutazione del dolore, dell'intensità e se è stato necessario la somministrazione del farmaco analgesico^{37,38}, registrare anche se la somministrazione dell'analgesico ha portato beneficio.³⁸

Si è visto come nella gestione del dolore è importante prevenirlo, nei casi in cui il paziente viene sottoposto a procedure che possono portare ad aumentare l'intensità del dolore.³⁹

Oltre alla somministrazione della terapia farmacologica l'infermiere è responsabile di saper associare alla somministrazione anche degli interventi non farmacologici³⁸ come: cambio posturale e igiene, come nel caso dei pazienti che passano molte ore a letto, è importante riposizionare il paziente in base a una programmazione regolare per promuovere il comfort.³⁸ Evitare l'utilizzo di presidi costringenti^{37,38}. Un'altra pratica che può essere messa in pratica in maniera autonoma dall'infermiere si è visto che è la stimolazione cutanea che consistono in tecniche come il massaggio, il caldo, il freddo o le lozioni al mentolo sono efficaci e sicure.^{37,38} Il massaggio, può rilassare i muscoli e ridurre la tensione, ma è controindicato, comunque, su cute lesionata, su membrane mucose e/o su rash.^{39,40} Il caldo e freddo possono essere usati per ridurre lo spasmo muscolare e diminuire il dolore.³⁹

Oltre l'utilizzo di tecniche fisiche possono essere utilizzate tecniche di rilassamento e distrazione³⁷. Iniziando dalle tecniche di rilassamento si è potuto vedere come il loro

utilizzo abbia un effetto positivo nei casi in cui i pazienti sono sottoposti a brevi periodi di dolore intenso (es. cambio di medicazione, biopsia, cambio di posizione)^{34,37}. La distrazione può essere visiva, uditiva o tattile.³⁸ Mentre le tecniche di distrazione³⁸ si basano sulla combinazione di un ambiente tranquillo, una posizione confortevole, il focalizzare la concentrazione su una parola, un suono o un modello di respirazione, l'articolo fa presente come l'infermiere dovrebbe aver ricevuto una formazione specifica nel loro uso.^{38,39} Infine si vuole aggiungere l'importanza del ruolo dell'infermiere nel sostenere la persona ascoltandola e lasciandola sfogare in questa situazione di difficoltà.

Si vuole far presente che promuovere la vicinanza della persona con la famiglia, secondo alcuni studi qualitativi, le persone percepivano che erano efficaci per la gestione del dolore. Ad esempio, parlare con la famiglia o gli amici e la partecipazione a gruppi di pazienti erano efficaci nella gestione del dolore.^{38,39}

Un intervento fondamentale per la gestione del dolore cronico è educare la persona e il suo caregiver.^{37,39} L'educazione della persona e del caregiver è molto importante per renderli consapevoli di quelle che sono le possibilità di terapie a cui può aderire, garantisce la compliance al trattamento, la continuità delle cure e il sostegno socio-emotivo.^{37,38} Accertarsi che gli individui capiscano l'importanza di segnalare subito un dolore non alleviato, i cambiamenti nel loro dolore, le nuove fonti o i tipi di dolore e di effetti secondari da analgesici.^{37,38,40} Ciò comprende anche coinvolgere la persona e il suo caregiver in maniera attiva nella pianificazione degli obiettivi e la loro realizzazione all'interno del team multidisciplinare.^{37,38} E' stato dimostrato come ai pazienti dovrebbe essere offerta l'opportunità di partecipare alle decisioni riguardanti il loro trattamento; è altamente efficace poiché acquisiscono un senso di controllo sulla propria vita.^{37,38}

Vede la responsabilità infermieristica una buona comunicazione con il paziente e l'instaurazione di un rapporto di fiducia sono essenziali per una valutazione e un trattamento più efficaci.⁴⁰ Si consiglia che dovrebbe usare un approccio incentrato sul paziente che incorpori l'ascolto attivo, l'uso di un linguaggio semplice e la correzione delle idee sbagliate dei pazienti, al fine di ridurre la non aderenza e migliorare l'efficacia della prescrizione.⁴⁰

Fa parte delle responsabilità dell'infermiere partecipare in maniera attiva all'interno delle riunioni con il team multidisciplinare³⁷ e comunicare ai membri del team interdisciplinare i risultati della valutazione del dolore descrivendo i parametri del dolore ottenuti tramite l'utilizzo di uno strumento di valutazione strutturato, il sollievo o la mancanza di sollievo ottenuti dai metodi di trattamento, gli obiettivi della persona rispetto al trattamento del dolore e gli effetti del dolore sulla stessa.⁴⁰

RISULTATI E DISCUSSIONE

Di seguito è riportata la tabella che sintetizza e analizza gli articoli presi in considerazione.

Titolo, autore e anno	Obiettivo dello studio	Materiali e metodi	Risultati	Conclusione
Dolore in Italia. Analisi della situazione. Proposte operative (2012) Guido Fanelli et al.	L'obiettivo principale di questo documento è tutelare la salute del cittadino attraverso la divulgazione sul territorio nazionale della corretta cura del dolore e la definizione di uno strumento pratico, diagnostico-terapeutico, che contribuisca alla	Sono stati presi in considerazione 22 articoli.	Nonostante l'emanazione dell'atto normativo da quasi due anni, l'attuale pratica clinica relativa al trattamento del dolore risulta ancora inadeguata. L'assenza di una valutazione sistematica del dolore e di un corretto approccio diagnostico-	La scarsa attitudine alla gestione complessiva del paziente con dolore ha fatto emergere l'esigenza di mettere a disposizione di tutti gli operatori sanitari uno strumento pratico ed efficace, un "metodo-guida". Tale strumento vuole diventare un supporto decisionale nell'esame del

	diffusione della Legge n. 38/2010.		terapeutico rappresenta la principale criticità, che rende la risposta assistenziale alla persona con dolore ancora scarsa e lacunosa	dolore correlato alle diverse patologie, applicabile dal primo approccio diagnostico sino alla dispensazione del farmaco analgesico.
Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. (2011) Marianne Jensen Hjermstad et al	Indagare l'uso e l'efficacia delle scale del dolore unidimensionali, con particolare attenzione alle NRS.	è stata condotta una ricerca sistematica, includendo citazioni fino ad aprile 2010.	Sono stati inclusi cinquantaquattro dei 239 articoli. Sono state utilizzate otto versioni dell'NRS (da NRS-6 a NRS-101) in 37 studi; sono stati testati in totale 41 NRS. Rispetto a VAS e VRS, gli NRS hanno mostrato una migliore compliance in 15 dei 19 studi che lo segnalavano, ed	gli NRS sono applicabili per la valutazione unidimensionale del PI nella maggior parte delle impostazioni. Se la variabilità negli ancoraggi e nelle opzioni di risposta influenzi direttamente i punteggi numerici deve essere testato empiricamente. Ciò aiuterà nel lavoro verso una misura standardizzata basata sul consenso.

			<p>erano lo strumento raccomandato in 11 studi sulla base di tassi di compliance più elevati, migliore reattività e facilità d'uso e applicabilità.</p>	
<p>Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. (2017)</p> <p>Dott. Roger B. Fillingim</p>	<p>Comprendere le variabili che influenzano e interagiscono andando a modellare l'esperienza del dolore</p>	<p>Sono stati presi in considerazione 87 articoli.</p>	<p>Questo articolo evidenzia molteplici fattori biopsicosociali che contribuiscono a queste differenze individuali. I fattori demografici, come sesso, razza/etnia ed età, rappresentano caratteristiche personali facilmente valutabili che sono associate al dolore e possono</p>	<p>Sono necessarie ulteriori ricerche future per illuminare ulteriormente le interazioni tra processi biologici e psicosociali che influenzano in modo significativo l'esperienza del dolore. In particolare, identificare i fattori di differenza individuale e le loro interazioni che contribuiscono allo sviluppo e alla persistenza del dolore è una</p>

			avere importanti implicazioni per la salute pubblica.	priorità elevata.
Chronic pain: not only a matter of time. (2012) C. Bonezzi et al.	fornire una revisione degli sviluppi più degni di nota in questo campo e proporre alcune osservazioni che possono aiutare a comprendere questa condizione di dolore e i pazienti.	Sono stati presi in considerazione 62 articoli.		Secondo questa classificazione possiamo distinguere pazienti con "malattia cronica dolorosa" da pazienti con "dolore cronico indipendente". È ovvio che il piano di cura per questi pazienti complessi è profondamente diverso da quello necessario per i pazienti con dolore legato a una malattia cronica o meccanismi del dolore stabilizzati.
Dolore cronico: cosa significa? Una revisione sull'uso del	analizzare le possibili insidie legate all'uso del termine "dolore cronico" in	Si prendono in considerazione 62 articoli.	Nel presente lavoro, abbiamo ripercorso l'evoluzione del termine "dolore	Il termine "dolore cronico" adottato per definire un dolore complesso di lunga durata

<p>termine dolore cronico nella pratica clinica. (2012) Raffaelli W et al.</p>	<p>campo clinico</p>		<p>cronico", inizialmente scelto per definire semplicemente il dolore di lunga durata e difficile da trattare, o per raggruppare diverse patologie con una simile manifestazione clinica prevalente. Oggi, è spesso utilizzato come etichetta per le condizioni cliniche del paziente quando le cause sottostanti del dolore non sono state identificate e il dolore è visto come l'unico problema medico da trattare.</p>	<p>senza cause note ha sicuramente avuto un grande significato politico nel processo di legittimazione della medicina del dolore. Tuttavia, con il progredire della ricerca sul dolore, è probabile che sia fuorviante, soprattutto per i pazienti.</p> <p>Facciamo appello ai clinici (medici, psicologi, infermieri, ecc.) sulla necessità di evitare il più possibile terminologie ambigue e imprecise</p>
--	----------------------	--	--	---

<p>Lo sviluppo del dolore cronico: il CAMBIAME NTO fisiologico necessita di un approccio multidisciplinare al trattamento (2013) Pergolizzi G. Et al</p>	<p>incoraggiare ulteriori studi da parte di coloro che gestiscono pazienti con dolore cronico.</p>	<p>Sono stati presi in considerazione 78 articoli.</p>	<p>I singoli argomenti trattati includono dolore nocicettivo e neuropatico, sensibilizzazione e periferica, sensibilizzazione e centrale, definizione e diagnosi del dolore cronico, modello biopsicosociale del dolore e approccio multidisciplinare alla gestione del dolore.</p>	<p>È importante che tutti coloro che sono coinvolti nella gestione del dolore cronico comprendano lo sviluppo del dolore cronico e i processi patofisiologici coinvolti. Questo non è palesemente il caso al momento e le conseguenze includono diagnosi scadenti, terapia farmacologica inappropriata e negligenza di sintomi concomitanti come ansia e catastrofizzazione</p>
<p>Neuropathic pain and chronic pain as an underestimated interdisciplinary problem. (2022)</p>	<p>Fornire una panoramica del dolore neuropatico e del dolore cronico e della loro relazione con fattori quali tipo di lavoro,</p>	<p>È stata condotta una ricerca sistematica della letteratura basata sulle linee guida Preferred</p>	<p>La ricerca mostra un numero crescente di malattie muscoloscheletri che nelle persone professionalmen</p>	<p>Questi disturbi possono richiedere interventi efficaci specializzati per supportare il ritorno al lavoro o il mantenimento dell'occupazione nonostante il</p>

<p>Anna K. Szewczyk</p>	<p>assenteismo dal lavoro e calo della produttività, nonché benessere mentale</p>	<p>Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) per identificare la letteratura appropriata tramite la ricerca nei database elettronici: PubMed/MEDLINE, Pain Journal e Cochrane Database of Systematic Reviews.</p>	<p>te attive, che portano a disabilità o provocano assenze dal lavoro.</p>	<p>dolore. Ogni paziente con dolore cronico o neuropatico dovrebbe essere valutato correttamente per determinare il miglior metodo di trattamento e la sua efficacia.</p>
<p>Multimodal non-invasive non-pharmacologic al therapies for chronic pain: mechanisms and progress (2023) Yu-Shi et al.</p>	<p>Fornire una panoramica completa e aggiornata di vari NINPT per la gestione del dolore cronico, con un focus sui loro meccanismi di azione e sulle applicazioni</p>	<p>Sono stati presi in considerazione 357 articoli.</p>	<p>Risulta come NINPT sfrutta i meccanismi periferici, spinali e sopraspinali per ripristinare la normale elaborazione del dolore e limitare la</p>	<p>L'adozione futura di NINPT richiede di affrontare le limitazioni nella standardizzazione nell'accessibilità, nonché la combinazione sinergica con terapie emergenti. L'evidenza la</p>

	cliniche		sensibilizzazione e centrale. Tuttavia, l'eterogeneità nei protocolli di trattamento e nelle risposte individuali giustifica l'ottimizzazione attraverso approcci di medicina di precisione.	promessa di NINPT come una preziosa opzione complementare.
Chronic Pain, Chronic Opioid Addiction: a Complex Nexus (2016) Edwin A. Salsitz	esaminare le prove dell'efficacia e del rischio di sviluppare un disturbo da uso di oppioidi (OUD) nei pazienti trattati con terapia oppioide cronica (COT) per il dolore cronico non oncologico (CNCP).	Sono stati presi in considerazione 11 articoli.	I tassi di sviluppo di OUD variano dallo 0 al 50% e i comportamenti aberranti correlati alla droga (ADRB) sono segnalati al 20%.	Quando la prescrizione di COT per CNCP è diventata più comune, si presumeva che una persona senza fattori di rischio per la dipendenza potesse usare oppioidi a lungo termine, potesse facilmente ridurre gradualmente e interrompere l'uso senza troppi problemi. Questo si

				è rivelato non essere il caso clinico.
Literature review of pain management for people with chronic pain. (2015) Yukari Takai et al.	identificare possibili opzioni di strategie infermieristiche per la gestione del dolore negli individui con dolore cronico e determinare l'efficacia di queste strategie per il sollievo dal dolore/problemi correlati al dolore	È stata condotta una revisione sistematica integrata della letteratura. I lavori pubblicati relativi alla gestione del dolore in individui con dolore cronico sono stati identificati tramite ricerche nei database e rivisti.	Tra gli studi esaminati, abbiamo identificato 35 studi incentrati sulle strategie di gestione del dolore. In 10 studi, interventi come programmi di gestione del dolore integrati e multidisciplinari sono stati associati a significative riduzioni dell'intensità del dolore.	Abbiamo identificato possibili opzioni di strategie di gestione del dolore ed esplorato l'efficacia degli interventi sul dolore cronico. Gli effetti a lungo termine degli interventi di sollievo dal dolore e del supporto sociale per gli individui con dolore cronico richiedono ulteriori indagini.

Dai risultati si evince un fronte comune sul pensiero di trattamento del dolore cronico e di quella che è la realtà all'interno della pratica clinica; quindi, si sottolinea come il dolore cronico venga sottovalutato e come il trattamento non sia sempre adeguato. La problematica alla base secondo l'autore è che la persona con dolore cronico non venga vista come un'entità bio-psico-sociale¹⁵ ma bensì solamente dal punto di vista biologico lasciando in secondo piano le altre due variabili.¹⁵

Nell'analisi degli articoli si fa presente come sia positivo la moltitudine di ricerche e sempre più nuove e aggiornate su quelle che sono le modalità di trattamento multimodale in particolar modo di quelle non farmacologiche che dimostra quindi un avanzamento della ricerca che non si focalizza solo sul trattamento farmacologico ma che quindi vede prese in considerazione anche ad esempio trattamenti all'interno della sfera psicologica della persona.

All'interno del processo del trattamento del dolore cronico vede l'infermiere, come professionista in prima linea a contatto con il paziente dove risulta fondamentale che abbia competenze tali da poter avere un approccio multidimensionale^{37,38} e multidisciplinare.³⁸ In quanto l'infermiere va a valutare, monitorare, prevenire il dolore ed educa e sostiene psicologicamente il paziente e la sua famiglia e infine collabora con diversi professionisti con obiettivo il benessere del paziente.^{37,38,39,40} Ciò che risulta essenziale quindi dall'analisi dei vari articoli è la formazione e un continuo aggiornamento su quelle che sono le modalità possibili di trattamento¹⁹ ma si ritiene ancora più importante in questo campo, la possibilità per l'infermiere di poter approfondire quelle che sono le modalità in cui può agire in maniera autonoma,^{38,39} in quanto da uno studio risulta come una maggiore conoscenza porti a fornire consigli più completi sull'importanza di una terapia farmacologica adeguata e incoraggiare l'aderenza al trattamento.⁴⁰ Oltre che si è visto come sia utile l'approfondimento delle conoscenze dell'infermiere che lo aiuti nell'approccio al paziente e alla sua famiglia all'interno dell'ambito di sostegno psico-sociale.^{38,40}

CONCLUSIONI

All'interno di questo lavoro si è potuto andare a fondo su uno dei 5 parametri vitali: il dolore.

Attraverso la sua analisi si è potuto constatare come il dolore sia complesso e di come la sua gestione debba essere più ampia di quello che solitamente viene fatto all'interno della pratica clinica.

Si ritiene che all'interno del processo che inizia dalla valutazione fino al trattamento del dolore cronico sia utile utilizzo del modello bio-psico-sociale. In quanto il modello permette di vedere da cosa il dolore viene influenzato e cosa poi il dolore a sua volta va ad influenzare, mettendo sullo stesso piano la sfera biologica, psicologica e sociale della persona. Permettendo così di facilitare la creazione di un percorso terapeutico personalizzato.

Però nella pratica clinica si riflette la problematica di come i medici pongono in questo processo in secondo piano la sfera psicologica e sociale della persona.¹⁵

Si pensa come tutto inizi dalla formazione medica che si incentra sulle malattie e sui danni biologici.¹⁵ “In quanto lo studente di medicina sarà ritenuto responsabile di aver sbagliato una diagnosi di cancro o di osso rotto, ma non sarà ritenuto responsabile allo stesso modo per non aver individuato una determinante psicosociale del dolore o della malattia, come il disturbo da stress post-traumatico.”¹⁵

Oltre questo fattore risultano altre problematiche che vanno a partire dalla definizione del dolore cronico in quanto viene ritenuta fuorviante, in quanto all'interno di essa non vengono prese in considerazione anche i fattori psicologici e sociali ma solamente quello temporale.^{18,19}

In seguito, si può prendere in considerazione come problematica l'individualità dei professionisti facenti parte del team multidisciplinare. Oltre che la comunicazione con il paziente non sempre chiara o che spesso non lo si include in maniera attiva nel processo assistenziale. Fattori molto importanti per far sì che i trattamenti funzionino e per rilevare complicanze.⁴⁰

Si crede come siano necessarie iniziative di sensibilizzazione sociale per migliorare la comprensione pubblica degli stati di dolore di lunga data, delle loro cause e delle strategie di gestione, all'interno di un approccio biopsicosociale.¹⁹

Gli infermieri giocano un ruolo chiave nell'assicurare che il dolore venga valutato accuratamente e gestito in modo efficace, in quanto si trova in prima linea nel monitorare il paziente, nella sua educazione e nel supporto da un punto di vista emotivo e psicologico. Ciò fa sì di dover sottolineare quanto sia cruciale implementare la conoscenza sul dolore per gli operatori sanitari e di aumentare il numero di professionisti sanitari con competenze avanzate nella cura del dolore cronico, all'interno di un approccio biopsicosociale alla sua valutazione, prevenzione e trattamento.^{19,40}

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. <https://www.nurse24.it/dossier/dolore/gestione-dolore-punto-di-vista-legale.html>
2. https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf
3. Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*. 2017 Apr;158 Suppl 1(Suppl 1):S11-S18. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000775. PMID: 27902569; PMCID: PMC5350021.
4. <https://www.aisd.it/notizie/1421-la-classica-definizione-del-dolore-messa-a-punto-da-iasp-nel-1979-e-stata-riveduta-e-ampliata-con-note>
5. <https://medicinadeldolore.org/definizione-di-dolore/>
6. Fanelli G, Gensini G, Canonico PL, Delle Fave G, Lora Aprile P, Mandelli A, Nicolosi G. Dolore in Italia. Analisi della situazione. Proposte operative. *Recenti Prog Med* 2012;103(4):133-141. doi 10.1701/1068.11703
7. https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2016/05_2016/11.pdf
8. <https://www.iss.it/-/in-italia-oltre-10-milioni-di-adulti-soffrono-di-dolore-cronico-in-prevalenza-donne#:~:text=Dai%20risultati%20emerge%20che%20il,fino%20a%20raggiungere%20il%2050%25>
9. https://www.msmanuals.com/it/professionale/malattie-neurologiche/dolore/panoramica-sul-dolore?ruleredirectid=761#Fisiopatologia_v1032668_it
10. <https://www.emanuele-fontana.it/blog/13-neurofisiologia-del-dolore>
11. <https://fondazioneisal.it/valutazione-del-dolore/>
12. Marianne Jensen Hjermstad, Peter M. Fayers, Dagny F. Haugen, Augusto Caraceni, Geoffrey W. Hanks, Jon H. Loge, Robin Fainsinger, Nina Aass, Stein Kaasa, Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review.
13. [https://www.fisioscience.it/blog/scala-del-dolore/#:~:text=Il%20punteggio%20viene%20calcolato%20in,dolore%20severo%E2%80%9D%20\(7\).](https://www.fisioscience.it/blog/scala-del-dolore/#:~:text=Il%20punteggio%20viene%20calcolato%20in,dolore%20severo%E2%80%9D%20(7).)
14. <https://bibliotecamedica.ausl.re.it/allegati/sistemi.pdf>

15. <https://www.painnursing.it/il-modello-biopsicosociale-di-dolore-cronico/>
16. <https://www.painnursing.it/differenze-biologiche-sessuali-e-di-genere-nella-percezione-del-dolore-analisi-della-letteratura/>
17. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, Schubiner H, Keefe FJ. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol.* 2011 Sep;67(9):942-68. doi: 10.1002/jclp.20816. Epub 2011 Jun 6. PMID: 21647882; PMCID: PMC3152687.
18. Bonezzi C, Demartini L, Buonocore M. Chronic pain: not only a matter of time. *Minerva Anestesiol.* 2012 Jun;78(6):704-11. Epub 2012 Mar 30. PMID: 22467050.
19. Raffaelli W, Tenti M, Corraro A, Malafoglia V, Ilari S, Balzani E, Bonci A. Dolore cronico: cosa significa? Una revisione sull'uso del termine dolore cronico nella pratica clinica. *J Pain Res.* 2021;14:827-835 <https://doi.org/10.2147/JPR.S303186>
20. Szewczyk AK, Jamroz-Wiśniewska A, Haratym N, Rejdak K. Neuropathic pain and chronic pain as an underestimated interdisciplinary problem. *Int J Occup Med Environ Health.* 2022 Jun 8;35(3):249-264. doi: 10.13075/ijomeh.1896.01676. Epub 2022 Jan 4. PMID: 35040826; PMCID: PMC10464730.
21. <https://www.istitutobeck.com/psicoterapia-disturbi-psicologici-terapie/disturbi-psicosomatici/dolore-cronico#:~:text=A%20causa%20del%20suo%20enorme,circolo%20vizioso%20a%20sintomatologia%20dolorosa.>
22. Von Korff, Michael a,* ; DeBar, Lynn La ; Krebs, Erin E. b,c ; Kerns, Robert D. d ; Deyo, Richard A. e ; Keefe, Francis J.f. Scala graduata del dolore cronico rivista: dolore cronico lieve, fastidioso e ad alto impatto. *DOLORE* 161(3):p 651-661, marzo 2020. | DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001758
23. <https://medtriennialiao.campusnet.unito.it/didattica/att/47cf.7998.file.pdf>
24. Chronic Pain, Insomnia and their Mutual Maintenance: A Call for Cognitive Bias Research. Todd, Jemma et al. *The Journal of Pain*, Volume 23, Issue 9, 1530 – 1542

25. Doan L, Manders T, Wang J. Neuroplasticity underlying the comorbidity of pain and depression. *Neural Plast.* 2015;2015:504691. doi: 10.1155/2015/504691. Epub 2015 Feb 25. PMID: 25810926; PMCID: PMC4355564.
26. Salsitz EA. Chronic Pain, Chronic Opioid Addiction: a Complex Nexus. *J Med Toxicol.* 2016 Mar;12(1):54-7. doi: 10.1007/s13181-015-0521-9. PMID: 26602212; PMCID: PMC4781803.
27. Pergolizzi, J., Ahlbeck, K., Aldington, D., Alon, E., Coluzzi, F., Dahan, A., ... Varrassi, G. (2013). Lo sviluppo del dolore cronico: il CAMBIAMENTO fisiologico necessita di un approccio multidisciplinare al trattamento. *Current Medical Research and Opinion* , 29 (9), 1127–1135.
28. Rebecca Dale, Brett Stacey, Multimodal Treatment of Chronic Pain
29. https://corsidilaurea.uniroma1.it/sites/default/files/lezione_2_iideg_anno_ex_cri_dolore-anestesia.pdf
30. <https://www.sifweb.org/sif-magazine/articolo/i-fans-farmaci-antinfiammatori-non-steroidi-cosa-sono-e-come-si-distinguono-2022-06-09>
31. <https://www.humanitas.it/enciclopedia/principi-attivi/antidolorifici/paracetamolo/#:~:text=Il%20paracetamolo%20%C3%A8%20utilizzato%20per,utilizzato%20per%20abbassare%20la%20febbre.>
32. <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/dolore/trattamento-del-dolore>
33. <https://www.painnursing.it/farmaci-adiuvanti-nella-terapia-del-dolore/>
34. Shi Y, Wu W. Multimodal non-invasive non-pharmacological therapies for chronic pain: mechanisms and progress. *BMC Med.* 2023 Sep 29;21(1):372. doi: 10.1186/s12916-023-03076-2. PMID: 37775758; PMCID: PMC10542257.
35. Hiu Ying Joanna Choi, Nonpharmacologic and Rehabilitative Strategies to Address Chronic Pain
36. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Abe Y, Suzuki M. Literature review of pain management for people with chronic pain. *Jpn J Nurs Sci.* 2015 Jul;12(3):167-83. doi: 10.1111/jjns.12065. Epub 2014 Nov 19. PMID: 25407249.
37. <https://www.aslcn2.it/filemanager/modulistica/MMGPLS/Ruolo%20dell%E2%80%99infermiere%20nella%20gestione%20del%20paziente%20con%20dolore%20cronico%20benigno.pdf>

38. <https://www.nurse24.it/dossier/dolore/infermiere-nella-gestione-del-dolore-acuto-e-cronico.html>
39. file:///C:/Users/ludov/Downloads/165-0513_ASSISTENZA_MED_PENNACCHINI_E_PUB.pdf
40. <https://www.infermieristicaecce.org/wp-content/uploads/2020/06/GESTIONE-DEL-DOLORE.pdf>

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare tutte le persone che mi sono state vicine in tutto il mio percorso universitario dal primo giorno ad oggi. Vorrei iniziare ringraziando mamma e babbo, che con il loro incoraggiamento e costante supporto hanno reso possibile questo traguardo. Grazie, senza di voi non ce l'avrei mai fatta ad arrivare fino a qua.

Vorrei ringraziare mia sorella, senza di te non sarei riuscita neanche a iscrivermi all'università da sola, saremo lontane ma tu sei stata comunque lì dal primo giorno ad incoraggiarmi e a darmi la forza di arrivare qui oggi.

Vorrei ringraziare le mie amiche, che mi sono state accanto in tutto questo percorso dandomi il loro sostegno. Grazie di avermi sempre incoraggiato ad andare avanti nonostante tutto e avermi dato la serenità e la spensieratezza di cui avevo bisogno nelle giornate no. Grazie di essere state sempre accanto a me a festeggiare ogni mio successo e grazie di essere qui oggi.

Vorrei ringraziare il mio amore. Grazie di avermi asciugato le lacrime, di avermi supportato e sopportato in ogni momento. Grazie di avermi fatto compagnia mentre ripetevo, di avermi ascoltato mentre scleravo ogni giorno e grazie di aver festeggiato con me ogni mio piccolo esame. Grazie di essere stato la mia roccia su cui fare affidamento.

Per ultima ma non per importanza vorrei ringraziare la persona che ha passato ogni minuto della giornata con me. Grazie Ste, di esserti seduta accanto a me sul divano a chiacchierare e ridere per non pensare a nulla, per aver studiato con me tutti i giorni e grazie per essere stata lì a lamentarti di tutto e tutti con me. Ci sarebbero tante cose da dire su di te e quello che hai fatto in questi tre anni per me ma vorrei solamente concludere dicendo che senza di te dal primo all'ultimo giorno sarebbe stato tutto più noioso, grigio e triste.

Infine, un ringraziamento a tutte le persone che anche se non ho nominato ma che hanno fatto parte di questo percorso in quanto ogni parola d'incoraggiamento, suggerimento e conforto ha rappresentato per me un aiuto fondamentale per arrivare qui oggi.