



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**GESTIONE DOMICILIARE DEL DOLORE
CRONICO NEL PAZIENTE ANZIANO**

Relatore: Chiar.mo

Dott. Maurizio Massetti

Tesi di Laurea di

Lucia D'Annibale

Correlatore: Chiar.ma

Dott.ssa Tiziana Traini

A.A. 2019/2020

INDICE

PREMESSA	1
ABSTRACT	2
INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: COS'È IL DOLORE	5
1.1 Definizione	6
1.1.1 Temporalità del dolore	8
1.1.2 Eziologia	9
1.1.3 Fisiologia del dolore	12
1.2 Scale di valutazione	14
1.3 Il “dolore” e la “malattia dolore”	18
CAPITOLO 2: IL PAZIENTE ANZIANO CON DOLORE CRONICO	20
2.1 Correlazione tra invecchiamento e dolore cronico	22
2.2 Impiego dell’infermiere nel paziente anziano con dolore cronico	24
2.2.1 L’infermiere come figura professionale	25
2.2.2 Nuovi approcci alla cronicità, il “Case Manager”	26
2.3 Legge 15 marzo 2010 n. 38	27
2.4 Trattamento del dolore a Domicilio	28
2.4.1 Terapia Cognitivo Comportamentale	29

CAPITOLO 3: LA GESTIONE INFERMIERISTICA NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE NEL PAZIENTE ANZIANO CON DOLORE CRONICO, REVISIONE DELLA LETTERATURA	31
3.1 Obiettivo dello studio e quesiti di ricerca	31
3.2 Materiali e Metodi	32
3.3 Risultati	34
3.3.1 Risultati relativi ai pazienti	35
3.3.2 Risultati relativi agli infermieri	37
3.4 Discussione	37
3.5 Conclusioni	39
BIBLIOGRAFIA	41
SITOGRAFIA	44

PREMESSA

Il dolore cronico pone sfide significative nella vita di molte persone. Alla base di queste sfide ci sono i modelli di comportamento che il dolore coordina in maniera inconscia e naturale. Ad esempio, in alcuni casi, i tentativi di controllare, ridurre o curare il dolore attraverso farmaci, procedure mediche o cambiamenti dello stile di vita possono rivelarsi infruttuosi e possono dominare tutti gli altri potenziali obiettivi. L'esperienza del dolore cronico include anche altre esperienze psicologiche scoraggianti, dolorose o indesiderate, come pensieri, sentimenti e ricordi, ma se modificando i pensieri negativi legati al dolore, si promuove la consapevolezza e si individuano strategie di coping, quanto il dolore può inficiare sulla qualità di vita e sul malessere psichico del paziente?

Lo scopo del seguente elaborato è quello di fornire una visione generale del dolore cronico e dell'impatto negativo che subentra nella sfera psicofisica dell'anziano, illustrando le competenze che l'operatore è in grado di fornire in qualunque ambito, nonché a domicilio, riguardo l'educazione sanitaria e l'educazione alla convivenza al dolore cronico.

ABSTRACT

Introduzione: Il dolore cronico nell'anziano è una condizione che si sta diffondendo sempre di più e che richiede un'alternativa di cura, che non sempre risponde al trattamento farmacologico o procedure mediche. Il domicilio sta diventando l'alternativa più consona per limitare il disagio al paziente, che necessita di un'assistenza continuativa e vede l'infermiere come ruolo cardine per garantire sia l'applicazione di farmaci, ma quando questi non sono sufficienti subentra l'educazione sanitaria.

Obiettivo: Indagare, utilizzando le evidenze presenti, quali sono le alternative di trattamento farmacologico, che l'infermiere può attuare in autonomia nei confronti del paziente anziano con dolore cronico

Metodi: Il disegno identificato per individuare gli studi è basato sulla consultazione dei database telematici PubMed e Google Scholar. Sono stati inclusi nella revisione 10 articoli in lingua italiana e inglese non precedenti all'anno 2000.

Risultati: La Terapia Cognitivo Comportamentale risulta essere efficace nel trattamento del dolore cronico, diventando un forte supplemento della terapia farmacologica utilizzata nei pazienti anziani con dolore cronico e che le strategie infermieristiche possono realizzare nel paziente una maggior fiducia nella loro capacità di gestire il dolore, riducendo lo stress emotivo, la disabilità e sintomi depressivi.

Conclusioni: La seguente revisione fornisce un approccio multidimensionale ai pazienti che soffrono di dolore cronico, e che necessitano non solo di un trattamento farmacologico per alleviare il malessere fisico, ma che miri a individuare i fattori psichici che limitano la qualità di vita del paziente mediante terapie di consapevolezza e interventi che comprendano la sfera fisica e psichica del paziente.

INTRODUZIONE

L'incremento dell'età media è diventato un problema prioritario per i Paesi industrializzati e testimonia il continuo miglioramento delle politiche sanitarie del nostro Paese ma, come è noto, inevitabilmente concerne l'insorgenza di varie malattie croniche concomitanti che spesso conducono a disabilità cognitiva e fisica in grado di compromettere significativamente la qualità della vita delle persone e comportano la necessità di trovare cure alternative al ricovero che richiedono un'assistenza infermieristica individualizzata, sempre più rivolta al paziente da seguire a domicilio.

I progressi in campo biomedico hanno gradualmente posticipato l'insorgenza di tali condizioni relegandole agli ultimi anni di vita della persona ma l'incidenza di dolore associato a queste patologie non sempre trova una soluzione definitiva, soprattutto quando la categoria più vulnerabile che presenta malessere e disagio è poco considerata.

Nel corso del tempo la concezione del dolore ha evidenziato notevoli progressi anche se nell'immaginario collettivo che permea la nostra società non è ancora entrata nei giusti termini con il valore della lotta al dolore.

Il concetto di assistenza infermieristica racchiude in sé il prendersi cura della persona nel rispetto della vita e della salute, rendendo l'infermiere un esperto educatore nel processo di cura e un professionista in grado di riconoscere i bisogni primari del paziente e i fattori che amplificano il dolore dal punto di vista clinico e da quello emotivo.

Ad oggi i professionisti sanitari, oltre che per motivi etici e deontologici, sono tenuti per legge ad attuare un'assistenza standardizzata, senza però tener conto della sfera emotiva e personale del paziente che si trova a far fronte ad un cambiamento che, apporta modificazioni strutturali e cambiamenti che turbano in maniera significativa la percezione di sé.

Un ruolo fondamentale è quello di *assistere* e *ascoltare* il paziente, educando anche il caregiver a gestire il dolore e le modalità secondo le quali si costruisce con lo stesso un'assistenza basata sulla "personalizzazione delle cure" in modo da garantire una continuità di prestazioni e attenzioni; questo è dato dal risultato di competenze dell'infermiere che è in grado di rispondere in maniera tempestiva alla richiesta di "aiuto" dei pazienti e, in qualità di "*garante della salute*", valorizza il ruolo e la prospettabilità dell'anziano in una società che non lo valorizza adeguatamente.

Il sistema sanitario rappresenta la base di un servizio volto a introdurre nei Livelli Essenziali di Assistenza il V parametro vitale - il dolore - che a tutti gli effetti necessita di un'adeguata misurazione e di un'accurata valutazione che miri a rimuovere stati di sofferenza inutile, in questo contesto l'Assistenza Domiciliare rappresenta un elemento cardine nel supporto sanitario e sociale al paziente che viene erogato direttamente presso il domicilio e che da un lato consente di garantire la disponibilità di posti letto alleviando la presa in carico della cronicità da parte delle strutture ospedaliere e dall'altro permette all'assistito di restare tra i propri cari in una fase della vita in cui la malattia e il declino funzionale sono dominanti, migliorando al contempo l'aderenza ai trattamenti e la qualità della vita del paziente.

L'obiettivo dell'elaborato è quello di fornire un quadro generale sulla tematica del dolore che, durante il tirocinio, mi ha coinvolto maggiormente dal punto di vista emotivo, in cui l'anziano mostrava spesso sentimenti di disagio e frustrazione, sentendosi un peso per i familiari che si trovavano a farsi carico dell'intero percorso di cure; Per tale motivo ho deciso di affrontare questo argomento per evidenziare l'irriducibile soggettività del paziente che nella maggior parte dei casi viene trascurata o mal interpretata, in modo da stravolgere la concezione di invecchiamento che viene vista come malattia e non come uno stadio della vita che va valorizzata.

CAPITOLO 1

COS'È IL DOLORE?

Nessuna definizione del dolore è mai riuscita ad essere scientificamente completa e soddisfacente. Aristotele lo definì “un’emozione opposta al piacere”.

John Bonica - uno dei fondatori della moderna algologia - scrive “*sono così lontano dall’aver trovato una soddisfacente definizione di dolore che ogni tentativo mi sembra inutile*”.

A seconda della storia personale di ognuno e dalle rispettive condizioni sociali e culturali, ogni individuo reagisce in maniera differente a una stessa ferita o a uno stesso disturbo.

L’atteggiamento nei confronti del dolore non è mai fisso perciò, secondo la definizione dell’infermiere Margo McCaffery “*Il dolore è qualunque cosa che la persona dice essere, esistere, ogni qual volta la persona lo dice*”.

Come tutti gli stati emotivi, anche il dolore non può che essere definita un’esperienza sensoriale soggettiva che non può essere quantificata da chi non lo sta provando.

Il dolore cronico è una condizione senza fine, un problema clinico frequente che richiede un notevole impegno per la diagnosi e la cura a causa della sua complessa storia naturale, dell’eziologia poco chiara e della scarsa risposta alle terapie.

Si considera cronico un dolore che dura più di sei mesi, altri ritengono che si possa definire cronico un dolore che dura almeno tre mesi.

Altri esperti suggeriscono che qualsiasi dolore, che persista oltre il tempo ragionevolmente previsto per la guarigione dei tessuti colpiti da una determinata patologia, debba essere considerato cronico.

In realtà, il dolore cronico è una costellazione di sindromi che non rispondono a un unico modello medico di diagnosi e cura.

Il dolore cronico altera in vari modi la qualità della vita. i suoi effetti principali sono la depressione dell'umore, la scarsa qualità o durata del sonno che diventa comunque non ristoratore. stanchezza continua, ridotte attività fisica e libido. cui conseguono spesso uso eccessivo di farmaci, alcol e anche sostanze da abuso, comportamento dipendente da figure protettive. e nel complesso un grado eccessivamente sproporzionato di disabilità rispetto all'obiettivo danno biologico eventualmente osservabile.

La fisiopatologia di questa condizione è multifattoriale e complessa ed è tuttora poco conosciuta; è stato proposto che il dolore cronico possa essere una patologia del comportamento scatenata da uno stimolo nocivo che provoca dolore.

Per diverse ragioni, spesso culturali e psicosociali, il comportamento da dolore è ricompensato esternamente o internamente e spesso rafforzato e, infine, si manifesta senza alcuno stimolo nocivo, come riflesso Pavloviano.

Fattori che possono agire da rinforzi interni sono il sollievo da stati di stress personali connessi con le emozioni (per esempio, il senso di colpa, la paura del lavoro, il sesso, le responsabilità familiari e sociali).

I rinforzi esterni includono l'attenzione da parte di familiari e amici, la relazione positiva o negativa con i medici curanti, i farmaci, la compensazione emotiva e l'evitamento del lavoro.

I pazienti affetti da diverse sindromi psicologiche (depressione maggiore, disturbo di somatizzazione, ipocondria, disturbi di conversione) sono particolarmente inclini a sviluppare dolore cronico. (1)

1.1 DEFINIZIONE

La IASP (International Association for the Study of Pain - 1986), definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tessutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E' un'esperienza individuale e soggettiva a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali e componenti, esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito" infatti

il segnale doloroso, una volta generato, viene modulato (limitato o amplificato) a vari livelli (segmentario e centrale) da stimoli provenienti da strutture nervose - sensoriali o psichiche e non- metaboliche o immunologiche - prima di arrivare alle sedi naturali che ne danno l'interpretazione clinica, si spiega così come il dolore sia il risultato di un complesso sistema di interazioni dove diversi fattori (ambientali, culturali, religiosi, affettivi, fisici) ne modulano entità e caratteristiche. (2)

In Italia circa un quarto della popolazione sperimenta il dolore (13 milioni di persone), e di questi circa un terzo non riceve alcuna terapia adeguata, di media queste persone convivono con una sofferenza ininterrotta per almeno 7 anni e tra questi quasi uno su cinque soffre per oltre 20 anni, ciò condiziona significativamente la quotidianità di ognuno di questi soggetti. (3)

Questo stato di sofferenza pregiudica anche i rapporti sociali riducendo l'autosufficienza e, nei pazienti con dolore cronico, può addirittura alterare la salute mentale; tutto ciò, quindi, costituisce uno dei principali problemi sociali sia per l'elevata diffusione che per le conseguenze che comporta al benessere del soggetto.

Il dolore può essere acuto o cronico: Può considerarsi acuto un dolore finalizzato ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli, pericolosi o potenzialmente tali, presenti nell'ambiente o nell'organismo stesso ed è quindi un dolore utile che prima di essere affrontato e trattato va compreso, interpretato e inserito nel corretto nesso eziopatogenetico per un'adeguata, quando possibile, terapia della patologia causale.

Il dolore cronico, a differenza persiste a lungo e produce nel paziente un complesso insieme di cambiamenti fisici, psicologici, sociali e spirituali che possono compromettere drasticamente la qualità di vita e che possono comportare rilevanti conseguenze sul piano economico e sanitario. (4)

1.1.1 TEMPORALITÀ' DEL DOLORE

La maggiore differenziazione tra le tipologie di dolore ha una connotazione strettamente temporale che lo distingue in base alla sua durata, mentre il dolore transitorio è generalmente di breve durata, il dolore acuto si protrae più a lungo fino alla cessazione dello stimolo o alla riparazione del danno, il dolore cronico, invece, persiste per almeno 3 mesi.

Il dolore transitorio: insorge per attivazione dei recettori periferici della cute o negli altri tessuti corporei ma in assenza di un danno tessutale focale. Ognuno di noi incontra questo tipo di dolore durante la giornata e deve essere interpretato come un dolore di brevissima durata che ha lo scopo di allarme o protezione. Il dolore acuto: è un dolore nocicettivo, di breve durata, nel quale è ben evidente il rapporto causa-effetto.

La fisiopatologia del dolore acuto è ben conosciuta, in cui la diagnosi della natura autolimitante della malattia o della lesione non è difficile. E' considerato un dolore utile, reversibile, che regredisce quando cessa l'applicazione dello stimolo o avviene la riparazione del danno che lo ha prodotto. Questo tipo di dolore determina uno stato emozionale proporzionale alla sua intensità: più è maggiore, più alto sarà lo spavento, la paura e l'angoscia. Il dolore cronico è un dolore che persiste per almeno 3 mesi in maniera continua dopo che si è risolta la causa. E' definito un dolore inutile perché non vi sono più segni di un danno incombente. Le misure antinocicettive sono sufficienti nel dolore acuto e persistente, ma non nel dolore cronico che viene descritto odioso e sgradevole.

Definire quali siano i principi che identificano il carattere della cronicità in termini di alterazioni morfo strutturali e funzionali reversibili e/o irreversibili, è estremamente difficile; certamente uno dei capisaldi di questa trasformazione da difesa in offesa è la riorganizzazione dell'evento lesivo da difesa antinocicettiva a segnale neurodistorsivo. Il danno iniziale può superare la capacità di guarigione del corpo che può indurre a una modifica stessa del sistema nervoso centrale dando luogo all'evento della plasticità.

(1)

I fenomeni di plasticità che presiedono alla cronicizzazione sono attribuibili a meccanismi di *modulazione*, reversibili oppure di *modificazione* legati ad alterazioni prolungate e talora irreversibili che intervengono nell'espressione del sistema di trasmissione nervosa. (5)

Pertanto la differenza tra dolore acuto e cronico non dipende solo da un fatto temporale, ma dalla capacità o meno dell'organismo di guarire la lesione e di portare alla norma le afferenze sensoriali e gli eventi scatenanti nel sistema nervoso centrale.

1.1.2 EZIOLOGIA

Un'adeguata preparazione clinica deve basarsi anche sull'individuazione dei diversi tipi di dolore, che rappresentano l'espressione di quadri eziopatogenetici multiformi da cui desumere le strategie terapeutiche più appropriate.

La conoscenza della fisiopatologia del sistema dolorifico è indispensabile per garantire una stadiazione algica capace di permettere l'attivazione delle procedure più idonee, sia per la prevenzione delle patologie dolorose sia per la terapia antalgica.

Generalmente il dolore viene distinto in varie forme a seconda della sua eziologia:

1. Il dolore nocicettivo
2. Il dolore neuropatico
3. Il dolore misto
4. Il dolore psicogeno

Il Dolore nocicettivo si manifesta in seguito ad un evento lesivo. Questo tipo di dolore è la percezione dello stimolo nocivo derivante da danno cellulare causato da lesioni chirurgiche, traumatiche o da malattia. È definito anche infiammatorio perché la

flogosi periferica ed i mediatori infiammatori svolgono ruoli importanti nella sua insorgenza e sviluppo. In generale, l'intensità di questo dolore è proporzionale all'ampiezza del danno tissutale e dalla quantità di mediatori infiammatori rilasciati. (6)

Il dolore neuropatico origina da alterazioni del sistema nervoso anche in assenza di lesioni e può essere causato da una lesione o da una disfunzione patologica a livello di nervi periferici o del sistema nervoso centrale. Il dolore neuropatico è solitamente costante ed è descritto come urente, e lancinante assimilabile a scosse elettriche (es. nevralgia del trigemino). Questa tipologia di dolore ha caratteristiche differenti rispetto al dolore nocicettivo: può essere spontaneo o evocato ed avere andamento continuo o parossistico ed è frequente la presenza di iperalgesia. Molto spesso si associano disturbi del sonno, depressione, astenia, ansia, difficoltà di concentrazione, calo dell'appetito e disturbi sessuali. Il dolore misto ha componente sia nocicettiva che neuropatica. (7)

Certe condizioni di dolore traumatico acuto o di dolore cronico si manifestano con componente nocicettiva e neuropatica simultaneamente. I sintomi sono proporzionali all'estensione delle lesioni neurali rispetto a quelle non neurali. Esempi al riguardo sono rappresentati dalle ustioni, che coinvolgono la cute e le terminazioni nervose, e dalle neoplasie.

Con il termine dolore psicogeno si intendono tutti quei dolori di natura psicosomatica maggiormente riscontrabili in soggetti con carattere particolarmente ansioso ed emotivo o che vivono situazioni di stress. Sono dolori che si protraggono nel tempo, anche quando è superato l'evento o la situazione scatenante. (1)

La corteccia prefrontale svolge un ruolo fondamentale nel controllo dei diversi componenti di quella che può essere definito saggezza o buon senso (regolazione delle emozioni, processi decisionali, valutazione dei rapporti di relatività dei fenomeni), soprattutto tramite regolazione inibitoria delle regioni limbiche e striatali.

La corteccia prefrontale laterale facilita i processi decisionali basati sulla ragione, mentre la corteccia prefrontale mediale è implicata nella valenza emotiva e favorisce gli atteggiamenti e comportamenti psicosociali.

Il circuito della ricompensa (striato ventrale e nucleo accumbens) è importante per lo sviluppo di atteggiamenti e comportamenti prosociali.

La saggezza deriva da equilibrio ottimale tra le funzioni di regioni filogeneticamente più primitive del cervello (sistema limbico) e quelle più recenti (corteccia prefrontale).

Questo equilibrio, rafforzato dall'educazione, dalla meditazione e dal senso di protezione ricevuta, può mancare o non svilupparsi se le condizioni favorevoli mancano nella fase di sviluppo della personalità o si riducono nel corso della vita.

Alterazioni dell'equilibrio emotivo e del controllo del sistema limbico possono favorire l'esperienza di stati di dolore in assenza di lesioni tissutali o amplificare l'esperienza dolorosa da lesione tissutale.

Si definisce psicogeno un dolore funzionale che, in assenza di qualsiasi causa organica, è di solito associato con sensazioni di ansia acuta.

Il dolore psicogeno, chiamato anche *psicalgia*, è il dolore fisico che è causato, aumentato o prolungato da fattori mentali, emotivi o comportamentali.

Il mal di testa, mal di schiena o mal di stomaco sono alcune delle localizzazioni più comuni del dolore psicogeno.

I malati sono spesso stigmatizzati, perché medici e parenti in generale tendono a pensare che il dolore di natura psicologica non sia "reale".

Tuttavia, il dolore psicogeno non è meno reale o distruttivo del dolore originato da altre fonti. (8)

L'importanza che possono avere gli aspetti cognitivi sulla valutazione del dolore, permette così di comprendere meglio il significato che il paziente dà agli stimoli, e del significato ad essi attribuiti.

1.1.3 FISIOLOGIA DEL DOLORE

Il dolore è come detto un'esperienza che racchiude in sé l'elaborazione della percezione dolorosa.

Mentre per gli altri recettori (gusto, tatto...) non esiste alcuna finalità, quindi la loro definizione è basata solamente sulla soglia, per il dolore esiste uno scopo: la difesa dell'integrità dell'organismo. Da ciò si evince che il dolore si colloca in un ambito particolare, rispetto alle altre modalità sensoriali.

Lo stimolo esterno, ritenuto potenzialmente nocivo, è integrato in un insieme di segnali elettro-biochimici originatisi a livello sia sovraspinale (Genetico-Istintuali, Psico-comportamentali) sia spinale, che determinano l'entità della percezione.

La percezione fisica è una funzione sensoriale legata alla "nocicezione", che è l'attività indotta da uno stimolo (supposta lesione tessutale) sul nocicettore, e la sua trasmissione centrale attraverso le fibre A δ e C dei nervi periferici. (1)

I nocicettori, per delineare meglio il loro significato, sono quei recettori deputati alla traduzione degli stimoli di dolore. È definitivamente provato che essi sono rappresentati da terminazioni nervose libere, situate nel connettivo di svariati organi e tessuti e che gli stessi possono rispondere dunque a stimoli meccanici, termici o chimici, purché siano di intensità nociva.

Classicamente, a livello del nervo periferico, il dolore è veicolato attraverso due tipi di fibre A δ e C (classificazione di Erlanger e Gasser). Tali fibre di piccolo diametro sono scarsamente mielinizzate e rappresentano i prolungamenti distali di corpi cellulari situati nel ganglio sensitivo. Queste cellule hanno l'assone che si divide a T subito dopo la sua origine, costituendo due prolungamenti: uno centrifugo, diretto verso la periferia e i recettori, l'altro centripeto diretto verso il corno posteriore del midollo spinale dove arriva attraverso le radici posteriori. Le fibre A δ , a più alta velocità di conduzione, sono deputate alla trasmissione del dolore primario. Le fibre C, a più bassa velocità di conduzione, veicolano invece il dolore secondario.

Il tessuto danneggiato può sensibilizzare i nocicettori causando il rilascio di mediatori del dolore come prostaglandine, potassio, istamina, leucotrieni, bradichinina e sostanza P (SP).

Fondamentalmente sono due le vie che conducono l'impulso doloroso dal midollo spinale alla corteccia cerebrale:

- La VIA NEOSPINOTALAMICA: che va direttamente e con poche sinapsi al talamo controlaterale e da qui alla corteccia. E' la via del dolore acuto, con poche implicazioni di memoria e scarsamente dotata di connotazioni esperienziali ed è responsabile di informazioni nocicettive specifiche con ben precise connotazioni spaziali anatomiche.

- La VIA PALEOSPINOTALAMICA: giunge anch'essa alla corteccia, ma attraverso numerose sinapsi intermedie nella sostanza reticolare. L'impulso condotto attraverso questa via subisce quindi numerose modulazioni. Essa proietta l'informazione alle strutture limbiche e ad altre aree corticali responsabili della percezione dolorosa più diffusa e mal definita.

In sintesi, le vie del dolore sono costituite da:

Un sistema afferente: che conduce gli impulsi nocicettivi dalla periferia a i centri superiori.

Un sistema di riconoscimento: che decodifica e interpreta l'informazione valutandone la pericolosità e predisponendo la strategia della risposta motoria, neurovegetativa, endocrina e psico-emotiva.

Un sistema di modulazione e controllo: che provvede ad inviare impulsi inibitori al midollo spinale al fine di ridurre la potenza degli impulsi nocicettivi afferenti. (9)

1.2 SCALE DI VALUTAZIONE

La valutazione del dolore rappresenta il primo passo per iniziare un processo di presa in carico del paziente al fine scegliere il giusto trattamento farmacologico e la via di somministrazione più adeguata. Altrettanto importante è procedere alla rivalutazione dopo i singoli interventi analgesici. Pertanto un approccio accurato e tempestivo sulla valutazione del dolore permette all'operatore e al paziente di rendere questo "sintomo" descrivibile, misurabile e affrontabile.

La prima tappa consiste nell'eseguire una raccolta dati sulle caratteristiche, le reazioni, le abitudini, le aspettative, le risorse e i deficit del paziente, prendendo in considerazione la sua globalità e la sua individualità. (10)

Tra gli strumenti di valutazione più utilizzati vi sono le scale unidimensionali che, valutano una sola dimensione del dolore quale l'intensità riferita dal paziente e sono rappresentate da:

1. *SCALA NUMERICA, NRS (numeric rating scale)*

Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 11 punti; la scala prevede che l'operatore richieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore con un punteggio che va da zero a dieci.

“Se zero significa nessun dolore, dieci indica il peggiore dolore possibile provato, qual è allora il dolore che prova in questo momento?”

La particolarità di questa scala è quella di eliminare la necessità, da parte del paziente, di coordinazione visiva e motoria quindi una maggiore possibilità di essere completata.

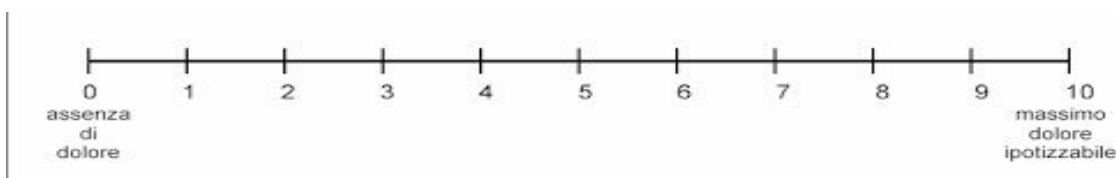


Fig. 1, Scala Numerica NRS

2. SCALA ANALOGICA VISIVA, VAS (visual analogic scale)

È la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che il malato soggettivamente avverte. La scala è rappresentata da una linea lunga 10 cm nella versione originale validata, con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro.

Un'estremità indica l'assenza del dolore e corrisponde a 0, l'altra estremità indica il peggiore dolore immaginabile e corrisponde a 10. La scala è compilata manualmente dal malato al quale è chiesto di tracciare sulla linea un segno che rappresenti il dolore percepito. La distanza misurata a partire dall'estremità 0 corrisponde alla misura soggettiva del dolore.

Il malato indica sulla riga il punto che rappresenta l'intensità del suo dolore in quel preciso momento; l'operatore realizza il punteggio mediante una scala graduata posta sulla faccia posteriore del righello.

Rispetto alla scala numerica verbale, questa scala presenta il limite di richiedere una certa coordinazione visiva e motoria e non può essere utilizzata nel corso di un'intervista telefonica nel malato a domicilio.

Si tratta di una scala di semplice utilizzo, ampiamente utilizzata e compresa dalla maggior parte dei pazienti. Facilmente ripetibile, viene applicata anche nei bambini con età superiore a 7 anni.

Le successive misurazioni richieste (che possono essere effettuate a distanza di minuti, ore o giorni, a seconda che si stia trattando un dolore acuto o cronico), permettono ai sanitari di comprendere se il dolore si sta effettivamente riducendo ed in che misura.



Fig. 2, Scala Analogica Visiva VAS

3. SCALA QUANTITATIVA VERBALE , VRS (*verbal rating scale*)

Si basa sulla scelta da parte del malato di 6 indicatori verbali descrittivi del dolore (nessun dolore - dolore molto lieve - dolore lieve - dolore moderato - dolore forte - dolore molto forte).

Il malato definisce il dolore verbalmente, utilizzando l'aggettivo che ritiene più appropriato su una serie proposta. Questa scala è spesso utilizzata nelle persone anziane o con deficit cognitivo e al Pronto Soccorso.



Fig. 3, *Scala Quantitativa Verbale VRS*

Le scale possono avere valenze diverse in base alla tipologia di paziente che ci troviamo di fronte e alla modalità secondo cui è necessario applicare scale di valutazione adatte alla condizione di salute dello stesso. In questi casi l'approccio deve essere più globale, diretto all'intera persona, affrontando sia la componente fisica del dolore che il distress emotivo e l'*impairment* funzionale. (11)

Per la valutazione del dolore nell'anziano con deterioramento cognitivo è utile per l'operatore fare affidamento alle indicazioni riassunte nell'acronimo BODIES. (1)

PAIN ASSESSMENT

- B** Behaviour (cambiamenti del comportamento)
- O** Often (quanto spesso)
- D** Duration (quanto dura)
- I** Intensity (quanto è intenso)
- E** Effectiveness (efficacia del trattamento)
- S** Start-Stop (postura-azione che innesca e fa cessare)

1-PAINAID (Pain Assessment In Advanced Dementia)

È una scala di valutazione multidimensionale che è stata realizzata per pazienti non collaboranti e che presentano deterioramento cognitivo. (12)

La scala prende in considerazione i cinque parametri fondamentali quali: la respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo e consolazione.

Per ogni parametro si attribuisce un punteggio che va da zero a due, e dopo aver valutato e monitorato i 5 item precedentemente elencati, si esegue la somma dei valori ottenuti.

Il punteggio va da zero a dieci e va interpretato nel seguente modo:

Assenza di dolore: punteggio 0

Dolore lieve: punteggio da 1 a 3

Dolore moderato: punteggio da 4 a 6

Dolore severo: punteggio da 7 a 10

NO PAIN SCALE: è una scala che appositamente strutturata per evidenziare la presenza del dolore in pazienti che non sono in grado di comunicare verbalmente la propria sofferenza. Solitamente viene applicata a pazienti che presentano un punteggio al MMSE inferiori a 15 e l'operatore per avere un accurata valutazione deve documentare ciò che osserva e ascolta durante le manovre assistenziali.

Lo strumento si avvale di tre sezioni principali che valutano: comportamenti che esprimono dolore durante interventi assistenziali, indicatori fisici o verbali che possono esprimere dolore e l'intensità dolorosa che viene indicato su una scala graduata del più alto di dolore trovato. (13)

1.3 IL “DOLORE” E LA “MALATTIA DOLORE”

Nella cognizione individuale il termine “dolore” è stato sempre considerato sinonimo di “sintomo” e non di malattia. Le conoscenze che si sono accumulate in questi ultimi decenni stanno delineando invece caratteri così specifici della disfunzione dolorosa da poterla classificare anche come “malattia”. (1)

Vi sono però situazioni in cui il dolore non è più solo un sintomo ma diviene una vera e propria malattia poiché, una volta che il dolore ha portato all'identificazione della causa che lo ha indotto, cessa la sua funzione di sintomo e diviene così “malattia” che necessita di un intervento volto a rimuoverlo; basti pensare al dolore dopo un intervento chirurgico, quello cronico di una malattia degenerativa o il dolore neoplastico in cui lo stesso provoca una serie di reazioni neurovegetative (respiratorie, cardiocircolatorie, ormonali, muscolari...) capaci di influenzare negativamente lo stato di salute, in cui si attivano meccanismi molto complessi a livello psicologico che sfociano in sentimenti di frustrazione, depressione e sofferenza tali da non poter essere controllati con il solo trattamento farmacologico, ma che necessitano di un approccio multidisciplinare che si prenda in carico la persona nella sua globalità e unicità.

Il passaggio dal dolore come sintomo alla “malattia dolore” è difficile da comprendere perché deve sradicare convinzioni profonde, senza poter ancora precisare i confini e le

specificità del nuovo modello proposto: l'ipotesi di trasformare la percezione del dolore e l'insieme di eventi che accompagnano il sintomo dolore in un quadro "clinico patologico" specifico si scontra con le difficoltà di precisazione della "malattia" e con il suo continuo doversi confrontare, specie in termini linguistici, con il "dolore sintomo", che esiste e continuerà ad esistere nella sua forma più pura di evento di difesa, principio di reazione insostituibile per mantenere una salutare omeostasi dell'organismo.

CAPITOLO 2

IL PAZIENTE ANZIANO CON DOLORE CRONICO

Nell'anziano il benessere, la qualità della vita ed il livello di autonomia, determinanti primari della sua salute, difficilmente riconoscono un unico agente responsabile; sono invece invariabilmente condizionati dall'interazione complessa di più problemi di ordine medico, psicologico e sociale, ognuno dei quali con caratteristiche che rendono l'anziano una categoria differente, anche dal punto di vista clinico si può rilevare una grande vulnerabilità e complessità.

L'espressione delle malattie e dei disturbi è frequentemente atipica e subdola; gli anziani presentano maggiore incidenza di problemi cognitivi, affettivi e funzionali, sono particolarmente esposti ai danni da farmaci, socialmente isolati e nella maggior parte dei casi presentano problemi di ordine economico. (14)

L'anziano spesso è maggiormente esposto ad una serie di complicanze che rendono problematico il quadro clinico: si verifica una progressiva riduzione delle funzioni organiche e una riduzione nella risposta agli agenti esterni, che espone il paziente ad assumere contemporaneamente due o più farmaci favorendo così lo sviluppo di problemi iatrogeni, spesso associati ad una compliance terapeutica inadeguata.

Il dolore cronico rappresenta una vera e propria patologia per l'anziano, perché invecchiare è un processo fisiologico e normale che non necessariamente implica un deterioramento, ma al fisiologico invecchiare possono aggiungersi aspetti di progressiva fragilità (40% degli ultraottantenni) (15) disabilità (30% degli ultrasessantenni) e la presenza contemporanea di malattie e condizioni patologiche (70% degli ultraottantenni) che ne aumentano la complessità. (16)

In questa categoria di pazienti particolarmente a rischio non è il solo dolore a causare disagio ma anche la difficoltà di comunicazione che può essere condizionata dalla presenza di depressione, deficit cognitivi e pregiudizi che limitano la valutazione

globale dell'anziano e rappresenta ancora oggi una problematica sottostimata e sottovalutata.

In una prospettiva geriatrica lo scopo non è garantire semplicemente la sopravvivenza bensì a mantenere un soddisfacente grado di autonomia e qualità della vita, pertanto, la valutazione e la gestione del dolore appaiono sempre più una priorità assistenziale. È utile ricordare che il persistere di una sintomatologia dolorosa tardivamente trattata o non trattata del tutto si associa spesso, come già detto, all'insorgenza o all'esacerbazione di molteplici disturbi tra i quali insonnia, ansia, irritabilità, depressione, malnutrizione, che a loro volta determinano un aumento esponenziale dei costi assistenziali. (17)

Purtroppo l'anziano in prima persona tende a concepire il suo dolore come parte integrante del naturale processo di invecchiamento e questa errata concezione fa sì che il clinico debba, nel più delle volte, avvalersi della collaborazione dei *caregivers* al fine di raccogliere una anamnesi quanto più accurata e veritiera possibile riguardo l'origine, la localizzazione, l'intensità e la durata del dolore percepito. (18)

A tal proposito, da parte dell'operatore, è fondamentale esplorare anche la natura delle relazioni familiari e la qualità del setting nel quale il paziente anziano vive quotidianamente poiché in un ambiente protettivo, attento ai bisogni e basato su una alta qualità di relazioni affettive l'anziano tende più facilmente a comunicare e condividere il suo malessere senza doversi misurare con sensi di colpa o addirittura vergogna nei confronti dei propri familiari.

Di contro, in ambienti ostili o disinteressati il rischio sarà quello di alimentare sentimenti di abbandono e frustrazione arrecando al paziente effetti negativi che possono inficiare sulla compliance terapeutica e farmacologica.

2.1 CORRELAZIONE TRA INVECCHIAMENTO E DOLORE CRONICO

L'invecchiamento e il dolore cronico hanno una forte correlazione tra loro, perché basti pensare che l'omeostasi - ovvero la capacità di autoregolazione dell'organismo - con il passare degli anni tende a subire importanti variazioni che inducono una minor resistenza ai cambiamenti che provengono dall'esterno, rendendo l'anziano vulnerabile e maggiormente soggetti alle malattie. Per quanto riguarda l'elemento *comorbilità* va sottolineato che la maggior parte delle malattie età-dipendenti (coronaropatie, malattie vascolari, osteoporosi, artrite..) sono di per sé dolorose e che anche le malattie ad esse associate (come lo scompenso cardiaco, diabete, arteriopatia periferica, pneumopatie) rappresentano per l'anziano una "sommatoria algica" (1)

Secondo l'Istituto di Sanità Superiore (ISS) le malattie croniche (o malattie non trasmissibili) affliggono circa 24 milioni di persone in Italia. Tali malattie interessano tutte le fasi della vita, anche se i segmenti di popolazione più frequentemente colpiti sono gli anziani (oltre l'85% degli ultrasessantacinquenni) e le donne, in particolare dopo i 55 anni influenzando la qualità e l'aspettativa di vita del soggetto. Le patologie più frequenti sono:

Patologie neurodegenerative: sono caratterizzate da una progressiva perdita delle capacità mentali e cognitive che influenzano la memoria, l'equilibrio, la capacità di movimento e riducendo la reazione ai riflessi esterni. Le più comuni sono il morbo di Alzheimer e il morbo di Parkinson, entrambe classificate come demenze.

Ictus: in base alla sede colpita, comporta la perdita della funzionalità cerebrale dovuta ad una diminuzione dell'apporto di sangue a un'area più o meno estesa. Il 75% dei casi interessa ultrasessantacinquenni che possono presentare una condizione di ipertensione.

Diabete: è determinato da un aumento dei valori di glucosio nel sangue, a causa di un difetto del pancreas, che può coinvolgere diversi distretti corporei quali l'occhio, il rene, gli arti inferiori, il sistema cardiovascolare e nervoso.

Arteriosclerosi: malattia molto diffusa con l'aumento dell'età, caratterizzata dall'accumulo di materiale lipidico a livello dei vasi sanguigni che può causare la formazione di trombi ed emboli.

Malattie respiratorie: Hanno una forte incidenza tra le persone anziane e rappresentano circa un terzo delle cause di ospedalizzazione. Si tratta principalmente di polmoniti, bronchiti croniche e enfisemi che se non trattate possono ripercuotersi a livello delle funzioni cardiache e cerebrali.

Infarto: rappresenta la morte di una porzione della muscolatura cardiaca secondaria all'occlusione di un'arteria o della sua rottura. I fattori di rischio associati sono spesso la familiarità, diabete, fumo, ipertensione, stress e consumo di sostanze stupefacenti.

Osteoporosi: Risulta più frequente nella popolazione femminile, rispetto a quella maschile. E' considerata una malattia cronica degenerativa caratterizzata da un'alterazione delle strutture ossee con conseguente riduzione della resistenza al carico meccanico ed aumentato rischio di fratture, che soprattutto nell'anziano equivale a lunghi periodi di mobilizzazione.

Il processo di *disabilità* risulta ulteriormente accelerato in presenza di patologie o condizioni dolorose che portano al disuso che proprio nell'anziano, risulta essere la risposta strategica al dolore non alleviato, che dà il via ad una spirale rovinosa e dolorosa di situazioni patologiche. (19)

2.2 IMPIEGO DELL'INFERMIERE NEL PAZIENTE ANZIANO CON DOLORE CRONICO

“Come infermiere, abbiamo l'opportunità di guarire il cuore, la mente, l'anima e il corpo dei nostri pazienti, le loro famiglie e noi stesse. Forse non ricorderanno il tuo nome, ma non dimenticheranno mai il modo in cui li hai fatti sentire”

Anonimo

È da questa frase che emerge il concetto della figura dell'infermiere nell'impiego del dolore. Nello svolgimento delle sue attività di cura, l'infermiere si confronta continuamente con il dolore e le sofferenze del paziente che, per via della loro stretta relazione, rappresenta la figura a cui sovente riferiscono le proprie ansie, paure e a cui chiedono informazioni. La semeiotica classica definisce il dolore come un sintomo, il più soggettivo tra i sintomi che viene influenzato e talvolta ingigantito o ridotto da infinite variabili psichiche, personali, culturali, sociali, ambientali e non è raro che chi soffre, soprattutto nell'anziano con accenni di deterioramento cognitivo, incontra scetticismo riguardo ciò che sta provando e vivendo. Per questo, coloro che soffrono di dolore cronico spesso hanno un disperato bisogno di aiuto, di affidare il proprio malessere, di avere affianco a sé una linea guida, un punto di riferimento che possa dare loro sollievo dal punto di vista psichico ed emotivo, quando i trattamenti con farmaci prescritti o la chirurgia non sono del tutto efficaci.

L'infermiere, che in questo contesto, rappresenta un grande punto di appoggio per il paziente deve avere una visione di oltre 360 gradi che sia in grado di applicare scale di valutazione -adatte alla tipologie di paziente che può presentare decadimento cognitivo, demenza o altri disturbi che possono modificare la percezione del dolore- che sia in grado di svolgere il ruolo di *educatore* nei confronti del paziente e del caregiver affinché il processo di cura e la percezione del dolore possa avere l'integrazione di più fattori instaurando con il malato un rapporto basato sul rispetto e sulla fiducia, perché, come afferma Jean Watson *“Il prendersi cura è l'essenza dell'infermiere”*.

2.2.1 L'INFERMIERE COME FIGURA PROFESSIONALE

Il DM 739/94 identifica la figura professionale dell'infermiere come *“l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza infermieristica generale. [...] Partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto, svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale”*.

Come viene individuato nel codice deontologico e ribadito successivamente all'abrogazione del mansionario, l'infermiere non svolge più il suo lavoro per compiti, ma è sostenuto da un insieme di valori e saperi scientifici che lo rendono autonomo, consapevole e responsabile del proprio operato e dunque in grado di riconoscere tutte quelle situazioni di disagio che compromettono la qualità di vita dell'assistito. Come riportato successivamente nell'art. 18 del Codice Deontologico,

“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.”

Secondo il modello teorico dell'infermiera Florence Nightingale

“L'infermieristica non è semplicemente tecnica, ma un sapere che coinvolge anima, mente e immaginazione” e il soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica non è solo questione di teoria, metodo e standard precisi ma si tratta di uno stile

professionale, cioè della messa in campo di un insieme di comportamenti che nel rapporto assistenziale con il malato non coincidono con la sola rete di concetti, ma con la personalizzazione dell'assistenza stessa.

Mentre il medico si occupa di trovare una diagnosi, l'infermiere si occupa delle risposte della persona nella sofferenza e nella malattia, risposte che appartengono ad una natura biologica, psicologica, sociale e spirituale e che si manifestano in conseguenza ad altri eventi problematici che possono essere reali o potenziali per il malato.

2.2.2 NUOVI APPROCCI ALLA CRONICITÀ, IL “CARE MANAGER”

La cura dei pazienti con patologie croniche, non potendo prevedere la guarigione o l'attenuazione totale delle sintomatologie, è finalizzata al miglioramento della qualità di vita attraverso una stabilizzazione del quadro clinico e alla prevenzione di complicanze e il bisogno esponenziale di un'assistenza sanitaria personalizzata, uniforme e vicina ai luoghi di vita dei pazienti, spingono la medicina verso un cambiamento di rotta che sia in grado di attuare una strategia efficace ed efficiente in modo da organizzare, pianificare ed attuare l'assistenza puntando alla proattività, potenziando gli interventi di prevenzione e di educazione sanitaria.

Il passaggio da una “medicina d'attesa” a una “sanità d'iniziativa” si concretizza grazie all'utilizzo dei modelli organizzativi assistenziali, che trovano buona applicazione nel contesto dell'anziano con dolore cronico e uno di questi senza dubbio è il Chronic Care Model che ha come obiettivo finale quello di garantire una continuità assistenziale e una migliore partecipazione del paziente nel proprio percorso di cura il quale in maniera attiva verrà preso in carico da un team multidisciplinare capace di fornire risposte assistenziali altamente qualificate. (20)

L'assistenza olistica alla persona diventa il principio fondamentale su cui si fonda questo modello di gestione della cronicità e non solo, passando da un modello concentrato sulla patologia ad un modello che prende in esame la persona e valuta la malattia, storia personale e situazione sociale.

Nell'assistenza al paziente cronico sulla base dei principi su cui è fondato il Chronic Care Model nasce la figura dell'infermiere *Care Manager* ovvero quel professionista sanitario che provvede all'assegnazione e al coordinamento dei servizi socio sanitari destinati alla gestione clinica di un determinato target di utenti occupandosi della creazione di un particolare processo assistenziale tarato per un singolo paziente che viene seguito in tutte le fasi, dall'ammissione fino alla sua dimissione.

In tale ottica, l'Infermiere Care Manager partecipa alla presa in carico del paziente ed esercita la sua professione in autonomia, applicando le sue specifiche competenze che spaziano anche nelle branche del coaching infermieristico e del supporto motivazionale.

Il "cliente" è posto al centro dell'iter assistenziale che considera prioritarie le sue problematiche, le sue strategie di coping e soprattutto i suoi obiettivi che lo porteranno ad una situazione di benessere fisico e mentale. (21)

2.3 LEGGE 15 MARZO 2010 N. 38

Il 9 marzo 2010 il Parlamento italiano ha approvato in via definitiva la legge "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

La terapia del dolore è l'approccio terapeutico applicato alle forme croniche per il controllo del dolore.

Le cure palliative, invece, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono "un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza ottenuti grazie all'identificazione precoce e al trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali".

La legge 15 marzo 2010 n.38 tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Al fine di consentire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze del malato in conformità del Piano sanitario nazionale e comunque garantendo i livelli essenziali di assistenza di cui l'art., 1 comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Ministero della Salute attiva una specifica rilevazione sui presidi ospedalieri e territoriali e sulle prestazioni assicurati 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.

Al fine di rafforzare l'attività svolta dai Comitati "Ospedale senza dolore" si istituiscono iniziative volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendone l'integrazione a livello territoriale.

2.4 IL TRATTAMENTO DEL DOLORE A DOMICILIO

In una valutazione del dolore efficace ed effettuata a domicilio è necessario che l'infermiere abbia una visione olistica della situazione. Non sempre il paziente è in grado di descrivere correttamente il dolore perché possono entrare in gioco diverse situazioni, soprattutto nell'anziano, possono rendere la valutazione scadente.

I familiari rappresentano il secondo approccio per l'operatore in grado di riferire informazioni inerenti al malessere dell'assistito ma spesso tendono a sovrastimare eccessivamente il dolore, e sottostimare gli aspetti cognitivi e psicologici del paziente e viceversa l'operatore tende a sottostimare il dolore.

Per questo una valutazione collegiale tra i membri dell'equipe, costituita dal caregiver, dall'operatore e dagli specialisti, tenderà a produrre una valutazione che si avvicina sempre di più a ciò che realmente prova il paziente.

La professione dell'infermiere riveste, in ambito legislativo, due importanti ruoli: il ruolo prescritto e quello proprio. Nel primo diventa esecutore del giudizio medico, applicando la terapia prescritta anche se si avvale delle scale di valutazione per poter monitorare il dolore, nel secondo invece diventa il protagonista della relazione di aiuto che permette di ottenere l'adesione del malato alle cure proposte in modo da poter esprimere senza timore la riuscita o meno delle azioni terapeutiche prescritte.

L'infermiere non dimenticherà mai di essere il terapeuta nel rapporto con il malato perché la fiducia che si instaura rende questo rapporto un vero e proprio *privilegio*; e per renderlo tale è fondamentale avere in mente importanti principi per eseguire una corretta valutazione del dolore quale, Empatia, assenza di Pregiudizi e ascolto attivo.

2.4.1 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Sebbene il dolore possa essere inizialmente determinato da una patologia organica, esso è mantenuto ed aggravato da una varietà di fattori correlati all'apprendimento, al rinforzo, ai vantaggi secondari, ai fattori familiari, sociali, cognitivi e di personalità. Modificando questi fattori, è possibile ottenere un effetto significativo sulla qualità e l'intensità del dolore esperito soggettivamente. Lo scopo della terapia-cognitivo comportamentale, non è quello di eliminare il dolore ma fornire nozioni sulle strategie di autocontrollo e ristrutturazione cognitiva, modificando in prima linea la concezione che il paziente ha nei confronti del dolore, anche se può risultare paradossale, cambiando i pensieri, le emozioni e i comportamenti legate al dolore, migliorando le strategie di coping e inserendo il disagio in un contesto migliore. (22)

Questo programma si basa su procedure specifiche finalizzate a far acquisire al soggetto maggior abilità comportamentali e cognitive, utilizzabili nelle diverse situazioni problematiche, per mettere in atto soluzioni più funzionali a fronteggiare le proprie reazioni allo stress. Questo modello terapeutico implica che siano prese in

considerazione tre aree distinte e complementari del funzionamento psicologico: il comportamento, le modalità di rappresentazione e le strutture cognitive. La modificazione delle proprie cognizioni implica il cambiamento sia delle reazioni alle situazioni esterne che della propria immagine di sé. La modificazione delle strutture cognitive, in altre parole delle convinzioni razionali, conduce a una modificazione degli stili abituali di comportamento. La terapia cognitivo comportamentale mira a sviluppare nel soggetto la capacità di riformulare i propri problemi in termini più funzionali e realistici. (8)

La terapia comportamentale-cognitiva si prefigge di insegnare al paziente esercizi di rilassamento muscolare progressivo. Secondo Engstrom, psicologo americano, nel dolore l'inclinazione naturale del corpo è contrarre i muscoli. A lungo termine, questo riduce l'afflusso di sangue nell'area dolorosa e rallenta il processo di guarigione, poiché i muscoli contratti possono essere una fonte diretta del dolore.

Sempre lo stesso psicologo, ha iniziato ad utilizzare nelle sessioni di biofeedback dei sensori di monitoraggio che venivano collegati al corpo del paziente in modo da poter misurare le funzioni corporee come il battito cardiaco, la respirazione, la temperatura corporea, la pressione arteriosa e la contrazione muscolare. (23)

Durante le sedute chiedeva al paziente di rilassarsi, liberare la mente e respirare profondamente e notava che il paziente così facendo riusciva a controllare tutte quelle funzioni che risultano essere inconsce alla mente e per molti pazienti risultava essere molto efficace, rappresentando un'esperienza potente e liberatoria. Sono stati impiegati altri metodi di terapia cognitivo-comportamentale che implica da parte del paziente, l'uso di un diario giornaliero che registri il livello del dolore in diversi momenti della giornata, insieme all'attività correlata e allo stato d'umore.

Attraverso il diario il paziente si è reso conto che il dolore non era costante, ma era influenzato da ciò che stava facendo e pensando in quel momento; Pertanto le strategie di coping, o di controllo del dolore, possono ridurre di gran lunga gli effetti negativi che lo stesso implica nella vita di tutti i giorni nei pazienti e l'infermiere hanno l'opportunità di fornire psicoeducazione ai pazienti che soffrono e convivono con dolore cronico.

CAPITOLO 3

LA GESTIONE INFERMIERISTICA NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE NEL PAZIENTE ANZIANO CON DOLORE CRONICO, REVISIONE DELLA LETTERATURA

Il paziente anziano con dolore cronico necessita di cure continuative, il ruolo dell'assistenza domiciliare diviene quindi prezioso per far sì che riceva un programma assistenziale *ad hoc* che vada a soddisfare tutti i bisogni e le necessità, il domicilio del paziente diventa così un vero e proprio reparto ospedaliero con la differenza che si mantiene integro il nucleo familiare, in questo contesto l'infermiere ricopre un ruolo indispensabile impegnandosi non solo con la sua attività clinica ma anche occupandosi della sfera psicologica ed emozionale.

Ogni paziente mostra le sue debolezze di persona umana, ma prestare l'assistenza domiciliare a persone coscienti di convivere con una patologia non curabile che causa dolore è estremamente delicato e complesso, pertanto nell'assistenza domiciliare l'infermiere è più indipendente nella gestione del paziente e nei trattamenti di autogestione al dolore.

L'infermiere può educare il paziente ed il caregiver a gestire il dolore. Per tale motivo, è fondamentale saper individuare il miglior approccio terapeutico, non farmacologico, che possa contribuire a ridurre e prevenire le complicanze che possono condizionare la qualità della vita del paziente

3.1 OBIETTIVO DELLO STUDIO E QUESITI DI RICERCA

L'obiettivo di questo studio è quello di individuare nella letteratura le evidenze scientifiche che correlano l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale ad un trattamento psicosociale di prima linea per la popolazione anziana con dolore cronico.

3.2 MATERIALI E METODI

E' stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione dei database telematici PubMed e Cinahl, dove sono state inserite *parole chiave* con l'utilizzo degli *indicatori boleari (AND;OR)* che mi permettessero di individuare gli studi effettuati:

“Chronic Pain” AND “cognitive behavioral therapy” AND “elderly” OR “elderly patient” AND “complex patient” OR “fragile patient” AND “nursing” OR “nursing care” AND “domiciliary assistance” OR “home care”

Sono state analizzate fonti bibliografiche degli articoli inclusi per ampliare la ricerca , successivamente sono stati ricercati articoli che ne avevano citato il contenuto.

Criteri di inclusione ed esclusione: Sono stati inclusi tutti gli studi primari e secondari pertinenti al quesito di ricerca, e alle parole chiave indicate, che disponevano dell'abstract e che riguardavano:

1. Il paziente anziano con dolore cronico
2. Alternative al trattamento farmacologico del dolore cronico
3. Incidenza di dolore nell'anziano
4. Attività e programmi efficaci nella terapia cognitivo comportamentale

Sono stati esclusi nella ricerca le categorie di pazienti con dolore cronico canceroso e pazienti con dolore cronico ospedalizzati.

Non sono state applicate restrizioni linguistiche ma sono stati applicati filtri temporali che permettessero di individuare studi successivi agli anni 2000.

Per formulare il quesito sanitario specifico si procede adottando il modello P.I.C.O. (Tabella 1) che permette di individuare l'obiettivo (*background*) partendo da un problema (*foreground question*).

P	<i>Patient</i>	Paziente con dolore cronico
I	<i>Intervention</i>	Terapia cognitivo-comportamentale, educazione sanitaria ed educazione terapeutica
C	<i>Comparison</i>	Interventi con altri specialisti (colloquio con psicologo, prescrizione terapia farmacologica)
O	<i>Outcome</i>	Ridurre stati depressivi, alleviare il dolore con trattamenti non farmacologici, insegnare al paziente all'autogestione

Tabella 1, Pico

Dopo gli anni 2000 sono stati pubblicati studi in lingua inglese e italiana su pazienti adulti (> 65 anni) e sul personale infermieristico.

A seguito di un'accurata analisi degli articoli si evince che nella letteratura scientifica il programma della terapia cognitivo-comportamentale risulti essere efficace nella gestione del dolore cronico, gli studi individuati sono 30 ma quelli reperiti sono 5 poiché risultano articoli che corrispondono ai criteri di inclusione selezionati.

3.3 RISULTATI

Di seguito sono riportati i risultati degli studi condotti dai quali si evince l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale relativamente ai paziente e sulle modalità di organizzazione da parte del personale sanitario.

Banca dati	Autore/i	Titolo	Anno	Rivista
PubMed	M My Tse, C Lai, JYW Lui, SY Yeung.	Frailty, pain and psychological variables among older adults living in Hong Kong nursing homes: can we do better to address multimorbidities?	2016	J Psychiatry Ment Health Nurs
Cinahl	Dysvik e., Kvaløy	The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: a 6- and 12-month follow-up study.	2012	Journal of Advanced Nursing
Cinahl	Dysvik, Elin, Furnes, Bodil	Nursing leadership in a chronic pain management group approach.	2012	Journal of Nursing Management
PubMed	Lance Mccracken, Jeremy Gauntlett-Gilbert, Kevin e Vowles	The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain related suffering and disability	2007	Pain Management Unit
PubMed	Carol Wells-Federmann , Paul Arnestein, Margaret Caudill	Nurse-led Pain management program: Effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients.	2002	American Society of pain Management Nurses

Tabella 2, Studi utilizzati

3.3.1 RISULTATI RELATIVI AI PAZIENTI

La terapia cognitivo-comportamentale rappresenta un'efficace alternativa al trattamento non farmacologico, aumentando la consapevolezza e la gestione del dolore si dimostra nel paziente maggior fiducia nelle proprie capacità di autogestione oltre che una significativa riduzione del manifestarsi di stati emotivi negativi come la depressione, lo stress, il malessere e la disabilità. (24)

In accordo con gli studi analizzati è emerso che i programmi interdisciplinari di gestione del dolore hanno una comprovata esperienza di miglioramento significativo nel dolore cronico, nonostante l'importanza per la salute pubblica e personale di dolore cronico, tra gli anziani c'è una scarsità di ricerca rigorosa sull'efficacia del diverso trattamento del dolore cronico in questo in questo gruppo.

Mimi MY Tse et al. (25) sostiene che un livello elevato di fragilità è associato ad un rischio maggiore di situazioni di salute fisica e psichica avverse, riferisce che gli anziani con dolore sono più soli e depressi, nonché meno felici e meno soddisfatti della loro vita rispetto a quelli senza dolore. (26)

Dyvsik, Elin (27) et al. (28) introducono un programma di follow-up per la gestione del dolore cronico multidisciplinare, applicando l'uso di approcci di terapia cognitivo-comportamentali per monitorare i processi di cambiamenti associati al trattamento. Poiché la ricaduta è spesso segnalata, sono stati inseriti follow-up da 6 a 12 mesi che consistevano nel dialogo terapeutico e nell'educazione combinati ad attività fisica.

I risultati suggeriscono che questo programma di follow-up può potenzialmente mantenere i risultati positivi del programma di base in termini di ridotta percezione del dolore, migliore qualità della vita correlata alla salute e movimento verso l'autogestione. (29)

Williams, AC et al. (30) hanno individuato un programma ospedaliero di gestione cognitivo comportamentale in pazienti con dolore cronico per i quali non era più

appropriato un trattamento medico o psichiatrico ulteriore, coinvolgendo più professionisti tra cui infermieri, fisioterapisti, psicologi ,terapisti occupazionali e anestesisti.

Il programma includeva: Educazione, insegnamento delle abilità comportamentali e cognitive, programma di stretching ed esercizio, riduzione dei farmaci, definizione degli obiettivi e stimolazione e allenamento per rilassamento.

I risultati hanno rilevato miglioramenti significativi sulla qualità della vita, sull'intensità del dolore, sulle prestazioni fisiche e sulla gravità della depressione e della fiducia. (31)

Secondo una recente metanalisi di Hoffmann et al. (32) la dimensione dell'effetto della CBT per il dolore cronico è da lieve a moderata in diversi ambiti: ha effetti sul dolore percepito e sul funzionamento nella vita quotidiana comparabili a quelli dei trattamenti medici standard, ma si dimostra superiore nel ridurre la tendenza alla catastrofizzazione del dolore, con miglioramenti a lungo termine della disabilità.

I cambiamenti conseguenti al trattamento CBT nel senso di impotenza e nella catastrofizzazione sono gli unici predittori dei successivi cambiamenti nell'intensità del dolore percepito e nell'interferenza del dolore sul funzionamento quotidiano. (33)

Secondo lo studio di Lance M McCracken (34) processi specifici come sensazioni angosianti, pensieri ed esperienze emotive esercitano influenza nella qualità di vita di coloro che soffrono di dolore cronico e la consapevolezza rappresenta una variazione significativa nelle misure di depressione, ansia correlata al dolore, disabilità fisica e psicosociale.

Una maggiore consapevolezza è legata ad un miglior funzionamento fisico e gli incrementi combinati legati all'accettazione del dolore e della consapevolezza sono potenzialmente significativi. (35)

3.3.2 RISULTATI RELATIVI AGLI INFERMIERI

Richardson C. et al (36) confermano che gli infermieri possono integrare gli approcci psicologici nella gestione delle condizioni di dolore cronico utilizzando un quadro biopsicosociale mediante la comunicazione, l'importanza della relazione paziente-medico, ruolo dell'educazione tramite la fornitura di informazioni, la rassicurazione, riduzione dell'ansia e l'utilizzo di strategie di coping training nella gestione del dolore cronico insieme alle competenze chiave dell'assistenza infermieristica. (37)

Dyvsik et al. (38) individuano le complicità all'interno della leadership infermieristica a livello organizzativo quando si conducono gruppi di riabilitazione per persone affette da dolore cronico. I risultati del contenuto hanno rivelato un tema principale "complessità nella leadership" e temi secondari "sfide nella leadership al livello organizzativo" e "sfide nella leadership a livello di lavoro di squadra" che rappresentano una grande sfida per gli infermieri gestire in gruppo persone affette da dolore cronico. (39)

3.4 DISCUSSIONE

Alla luce dei risultati emersi dalla revisione, si evince che il dolore cronico rappresenta un problema prioritario nella popolazione adulta e soprattutto anziana che condiziona in maniera significativa la qualità della vita di ogni soggetto, influenzando non solo la mobilità delle persone ma rappresentando un vero e proprio disagio psico fisico che non sempre trova una definitiva soluzione con i trattamenti farmacologici, procedure mediche invasive o consulenze psicologiche.

Negli ultimi anni questo programma è entrato sempre di più nelle modalità di trattamento del dolore cronico perché frequentemente il paziente percepisce da parte degli altri scetticismo riguardo le proprie sensazioni e ciò alimenta un sentimento di isolamento, frustrazione e depressione, soprattutto se si tratta di un paziente anziano in cui la sfera emotiva può risultare più labile.

E' inevitabile che dietro a una sofferenza fisica costante e protratta nel tempo ci sia una componente psicologica che sfocia in alterazioni dell'umore che destabilizzano il soggetto ma che soprattutto aumenta il dolore fisico.

Questa revisione della letteratura mette in luce che la terapia cognitivo-comportamentale si basa su un modello cognitivo che mira a rimuovere stati emotivi negativi del paziente, modificando la loro percezione riguardo gli eventi della propria vita. Si ipotizza che a determinare ciò che le persone provano non è la situazione in sé ma il modo in cui ci si pone ed è quindi necessario insegnargli le strategie in grado di renderli padroni del proprio dolore.

L'incidenza di malattie croniche degenerative può comportare dolore e disabilità nel paziente anziano che aumenta esponenzialmente con l'età.

La solitudine e la disabilità risultano essere i fattori contributivi e significativi per l'indice di fragilità e condizionano l'umore e la soddisfazione nella vita dell'individuo associato alla mobilità funzionale, possono compromettere la capacità di un paziente di impegnarsi in esperimenti comportamentali o rendergli difficile raggiungere il luogo della terapia perciò i risultati suggeriscono che l'inserimento dei programmi di follow-up da parte dell'operatore permette un monitoraggio continuativo nel tempo nella valutazione della percezione del dolore, il mantenimento dei risultati positivi del programma, una migliore qualità della vita e maggiore autonomia nel quotidiano, pertanto la letteratura dimostra che trovare possibili modi per alleviare il dolore, migliorare i parametri psicologici tra gli anziani rappresenta una grande potenzialità di intervento nel tentativo di aumentare la partecipazione e l'aderenza a un programma di promozione della salute e del benessere fisico.

È stato riscontrato che le principali abilità infermieristiche spesso rispondono ai requisiti degli approcci psicologici e risultano simili a quelle richieste per il programma cognitivo. L'infermiere possiede tecniche specifiche che possono essere prontamente applicate in un contesto di assistenza psicologica, integrate e utilizzate nella gestione delle condizioni di dolore cronico, è ragionevole quindi presumere che gli infermieri possano e debbano essere coinvolti nella gestione efficace degli aspetti psicologici associati alle condizioni di dolore cronico e siano in grado di migliorare le dinamiche organizzative che risultano un ambito sconosciuto o poco trattato dai professionisti che si trovano a lavorare in equipe.

3.5. CONCLUSIONI

Dallo studio svolto è emerso che la gestione del dolore cronico può essere effettuata mediante l'utilizzo di programmi cognitivi che hanno lo scopo di valutare il paziente in un'ottica globale, che valuti non solo la fisiopatologia organica del dolore ma ciò che effettivamente questo produce come stato d'animo nella persona.

Come si evince dai risultati ottenuti, la terapia cognitivo-comportamentale ha una buona efficacia nel rimuovere stati emotivi che influenzano la qualità della vita del paziente e, al contempo, promuovere l'autonomia che nell'anziano vediamo diminuire, pertanto ne deriva una suscettibilità nei confronti di questo argomento rappresentando il fulcro dell'assistenza infermieristica interessandosi ad esso nella misura in cui il dolore può limitare il soddisfacimento dei propri bisogni.

Questi risultati sono coerenti con l'obiettivo finale degli approcci di terapia cognitivo-comportamentale, che ha lo scopo di aiutare i pazienti con dolore cronico a far fronte al dolore in modo più efficace migliorando la loro qualità di vita e di funzionamento correlata alla salute.

Per mantenere i miglioramenti del trattamento e far progredire l'assistenza infermieristica i risultati suggeriscono che questo programma di follow-up può potenzialmente mantenere gli esiti positivi del programma di base in termini di ridotta percezione del dolore, migliore qualità della vita correlata alla salute e movimento verso l'autogestione.

Per potenziare l'accessibilità alla terapia cognitivo-comportamentale per gli anziani con problemi di salute fisica e disabilità sono stati suggeriti setting alternativi come la terapia a domicilio che promuovono la compliance terapeutica e la continuità assistenziale impedendo l'abbandono e le ricadute.

L'infermiere può rendersi protagonista nel fornire un'assistenza continuativa basata sull'educazione sanitaria e terapeutica e sulla prevenzione delle complicanze che mirino al controllo delle situazioni di isolamento, disagio e depressione che possono causare crisi nei pazienti, nei *caregivers* inabili a gestire l'intera situazione di fragilità

e disabilità e non in ultimo nel sistema sanitario che si trova a far fronte a spese per pazienti con patologie croniche.

Pertanto, la presa in carico dell'anziano a domicilio, può essere offerta tramite l'adesione ad un programma cognitivo condotto dall'infermiere, con lo scopo di monitorarne nel tempo le condizioni psico-fisiche e centralizzando l'assistenza infermieristica alla risposta dei bisogni e alla risoluzione dei problemi.

L'infermiere può educare il paziente e l'eventuale caregiver nel compilare un diario giornaliero nel quale appuntare i momenti in cui il dolore compare o raggiunge l'intensità maggiore tenendo in considerazione anche lo stato emotivo e l'attività svolta nell'arco della giornata. In questo modo si può contestualizzare la possibilità di individuare i comportamenti che andrebbero evitati ed intervenire sulle cause scatenanti.

Un'altra tecnica efficace è quella di insegnare al paziente la riduzione del pensiero ripetitivo e la reattività, aumentando l'accettazione delle sensazioni spiacevoli ed educandolo all'utilizzo di tecniche di rilassamento come la respirazione profonda, in modo da diminuirne lo stress.

Inoltre è importante insegnare alle persone che soffrono, le strategie di coping più adeguate, le quali, unite all'empatia nell'interagire e rappresentare un processo di "essere" con gli altri, rende meno protagonisti dei dolori personali, facilitando la possibilità di spostare altrove l'attenzione e ridurre l'intensità del dolore percepito.

BIBLIOGRAFIA

1. Raffaelli W., Montalti M. & Nicolò E. (2010), *L'infermieristica del dolore*, PICCIN
4. Magni Alberto, Lora Aprile Pierangelo & Ventriglia Giuseppe, (2016) *Classificazione e inquadramento del paziente con dolore non oncologico*, Rivista Società Italiana di Medicina Generale
5. Zimmermann M. & Herdegen T. (1996) *Plasticity of the nervous system at the systemic, cellular and molecular levels: a mechanism of chronic pain and hyperalgesia*, Progress in Brain Research, pagg. 233-259.
6. Carbonici Fabio (2016), *Il dolore: meccanismi fisiopatologici e tipologie*, 2016
7. MD, Mayo Clinic (2020), *Dolore neuropatico*
8. Marchettini Paolo (2016), *Manuale di Medicina del Dolore Parte 3*, PUBLIEDITING, Milano, Prima Edizione
9. Dal Santo Pierluigi (2018), *Fisiopatologia del dolore in età geriatrica*
11. Buttiron Webber Tania (2016), *Gestione del dolore: le scale validate e più utilizzate*
12. Katra Lorisa (2020), *Scala Painad: strumento di valutazione multidimensionale del dolore*
13. Novello Chiara, Ferrari Renata, Scacco Carolina & Visentin Marco (2009), *La versione italiana della scala NOPPAIN: validazione in un contesto di formazione Assistenza infermieristica e ricerca*, pag. 28
14. Rozzini Renzo, *Il dolore nell'anziano*, Associazione Italiana contro Leucemie, Linfomi e Mieloma, Brescia
15. Field L.P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J.D. & Anderson G. (2004), *Untangling the concept of disability, frailty and comorbidity: Implications for improved targeting and care*, Journal of Gerontology, pagg. 255-63
16. Lipsitz L.A. (2004), *Physiological complexity, aging, and the path to frailty*, Sci. Aging Knowledge Environ, pag. 16
17. Brukenthal P (2008), *Clinics in Geriatric Medicine*
18. Ferrell BA (1991), *J Am Geriatr Soc.*

20. Della Pietà Cosimo (2019), *Chronic Care Model nella gestione della cronicità. Il ruolo chiave dell'infermiere*
21. Di Santo Sara (2017), *Infermiere Case Manager, un importante agente di cambiamento*
22. Biordi Enrica (2020), *La psicoterapia cognitiva e comportamentale nel dolore cronico: dall'assessment al progetto terapeutico*
24. Maggiorò Viviana (2019), *Dolore cronico non oncologico e qualità di vita*, Pain Nursing Magazine, Italian online Journal, Fondazione Procacci
25. My Tse M, Lai C, Lui JYW & SY Yeung. Frailty (2016), *Pain and psychological variables among older adults living in Hong Kong nursing homes: can we do better to address multimorbidities?*, J Psychiatry Ment Health Nurs
26. Center for Gerontological Nursing, The Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong
27. Elin Dysvik, Furnes & Bodil (2012), *Nursing leadership in a chronic pain management group approach*, Journal of Nursing Management, Faculty of Social Sciences, University of Stavanger, Norway
28. Kvaløy Jan Terje PhD Statistician Professor, University of Stavanger & Gerd Karin Natvig PhD RN Professor Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Norway (2012)
29. *The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: a 6 and 12 month follow-up study*, Journal of Advanced Nursing 68(5), pagg. 1061–1072. (2011)
30. Williams A. C.; Nicholas M. K., Richardson P. H., Pither C. E., Justins D. M., Chamberlain J. H., Harding V. R., Ralphs J. A., Jones S. C. & Dieudonné I. (1993), *British Journal of General Practice*, 43(377), pagg. 513-518, ISSN: 0960-1643
31. *Evaluation of a cognitive behavioural programme for rehabilitating patients with chronic pain* (1993), Evaluation of a cognitive behavioural programme for rehabilitation patients with chronic pain.
32. Hoffman B.M. et al (2007), *Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain*, Health Psychol 26 (1), pagg. 1-9

33. The International Journal of the Addictions 30(8) (2000), pagg. 919-927
34. Mccracken Lance, Gauntlett-Gilbert Jeremy, Kevin & Vowles (2007), *The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain related suffering and disability*, Pain Management Unit
35. Lance.McCracken, Pain Management Unit, Royal National Hospital for Rheumatic Diseases and University of Bath, Bath BA1 1RL, United Kingdom
36. Clifton Richardson, Nicola Adams & Helen Poole (2006), Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell), 15(9), pagg. 1196-1202. 7p, ISSN: 0962-1067
37. Psychological approaches for the nursing management of chronic pain (2005)
38. Dysvik, Elin, Furnes & Bodil (2012), *Nursing leadership in a chronic pain management group approach*, Journal of Nursing Management
39. Furnes B. & Dysvik E. (2012), *Therapeutic writing and chronic pain: experiences of therapeutic writing in a cognitive behavioural programme for people with chronic pain*, Journal of Clinical Nursing 21, pagg. 3372–3381

SITOGRAFIA

2.

<http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3769&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=terapia> ultimo accesso il 9/11/2020

3.

<<https://www.fondazioneisal.it/che-cose-il-dolore-cronico/impatto-sociale/>> ultimo accesso il 10/11/2020

10.

<<https://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/pallclick/dolore/i-curpal-015-A.pdf>> ultimo accesso il 9/11/2020

19.

<<https://www.iss.it/malattie-croniche-invecchiamento-in-salute>> ultimo accesso il 9/11/2020

23.

<<https://www.nurse24.it/dossier/dolore/parlando-attraverso-il-dolore.html>> ultimo accesso il 10/11/2020