



Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**“L’ESPERIENZA DEL DOLORE NELLA
PERSONA AFFETTA DA INSUFFICIENZA
RENALE CRONICA IN EMODIALISI.
STUDIO OSSERVAZIONALE PRESSO AULSS 2
MARCA TREVIGIANA.”**

RELATORE: PROF.SSA. A.C. STURNIOLO SILVIA

CORRELATORI: DOTT.SSA BORTOT SARA,

DOTT.SSA BRUNELLO ALICE,

DOTT.SSA CAMPUS ANGELA

LAUREANDO: VENDEMIA GAETANO

MATRICOLA: 1231238

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Introduzione: L'Associazione Internazionale per lo Studio Del Dolore (IASP) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata ad un danno tissutale, in atto o potenziale." La prevalenza del dolore nelle persone affette da insufficienza renale cronica è del 47% (Kafkia et al., 2017). Il dolore nella persona affetta da IRC, se mal controllato, determina conseguenze sfavorevoli sulla qualità della vita: può indurre disturbi del sonno, depressione, insuccesso della seduta emodialitica.

Materiali e Metodi: Attraverso uno studio con disegno descrittivo, correlazionale trasversale, con campione casuale non probabilistico, è stato esplorato il fenomeno Dolore nella popolazione delle persone emodializzate in carico al Servizio di Emodialisi dell'Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana. È stata utilizzata, per ogni utente, una scheda socio-anagrafica e un diario del dolore compilato in autonomia per sette giorni consecutivi.

Risultati: Il campione consta di 54 utenti (su 156) con range di età 29-94 anni. Il 42,5% degli utenti ha dichiarato di provare dolore (68,5% uomini e 31,4% donne). Ricorre alla terapia antalgica al bisogno il 79,6% del campione di cui, in media, solo il 14,8% riscontra un miglioramento. Il Giovedì risulta essere la giornata della settimana con minor sperimentazione del dolore, contro il Venerdì in cui si raggiunge il picco massimo. Nel confronto tra giornate, l'intensità media del dolore nei giorni di Lunedì, Mercoledì e Venerdì è maggiore del Martedì, Giovedì, Sabato e Domenica e statisticamente significativo. Le regioni corporee più colpite sono arti inferiori e superiori. Interessante è notare che il 100% dei partecipanti non conosca rimedi non farmacologici e di conseguenza non ne attua.

Discussione e Conclusione: Il dolore è un fenomeno presente nella popolazione degli emodializzati e va oltre alla pura dimensione fisica. Nello studio condotto non sono state dimostrate differenze significative relative al genere, all'età, al numero delle sedute dialitiche e alla tipologia di accesso vascolare. Le sedute emodialitiche sono fattore associato, studi futuri dovranno chiarire se tale variabile è dipendente o indipendente. Per una miglior presa in carico, l'assistenza infermieristica, in questo

ambito, dovrà essere finalizzata alla definizione dei fattori di rischio o di protezione, sin dalla fase precoce di pre-dialisi: La posta in gioco è una miglior qualità di vita.

Parole chiave: dolore, paziente emodializzato, dialisi, malattia renale, insufficienza renale cronica, assistenza infermieristica.

Key words: *kidney disease, pain scales, nurse care, pain assessment, Hemodialys patient, CDK, dialysis.*

INDICE

INTRODUZIONE	Pag. 3
1. Insufficienza renale	Pag. 5
1.1 Insufficienza renale cronica	Pag. 5
1.1.1 Dialisi	Pag. 6
1.1.2 Emodialisi	Pag. 7
1.2 Il dolore nel paziente emodializzato	Pag. 9
1.3 Rilevanza del problema per la professione Infermieristica	Pag. 12
2. MATERIALI E METODI DELLO STUDIO	Pag. 17
2.1 Materiali e metodi	Pag. 17
2.2 Disegno di studio	Pag. 17
2.3 Fase 1- criteri di selezione degli studi per la revisione	Pag. 18
2.4 Selezione del campione	Pag. 20
2.5 Strumenti	Pag. 20
2.5.1 Scheda socio-anagrafica	Pag. 21
2.5.2 Diario del dolore	Pag. 21
2.6 Raccolta dati	Pag. 22
2.7 Analisi dati	Pag. 22
3. RISULTATI	Pag. 25
3.1 Descrizione del campione	Pag. 25
3.2 Risultati dello studio	Pag. 28
4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	Pag. 35
4.1 Discussione	Pag. 36
4.2 Conclusioni	Pag. 36
BIBLIOGRAFIA	Pag. 38
Allegato 1. Tabella delle stringhe di ricerca	
Allegato 2. Scheda socio anagrafica e diario del dolore e prisma	
Allegato 3. Diario del dolore	
Allegato 4. Scheda socio-anagrafica	

INTRODUZIONE

L'Associazione Internazionale per lo Studio Del Dolore (IASP) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata ad un danno tessutale, in atto o potenziale." In Italia secondo la legge 38 del 15.03.2010 (Gazzetta Ufficiale 2010): "il cittadino è tutelato nel suo diritto ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore al fine di assicurare il rispetto alla dignità e dell'autonomia della persona. Rispettando i principi dell'equità, qualità di appropriatezza nelle cure." Il dolore è uno dei sintomi più disabilitanti e temuti ed è molto comune nelle persone affette da patologia neoplastica o da malattie croniche avanzate. Difatti la prevalenza del dolore nelle persone affette da insufficienza renale cronica è del 47% (Kafkia et al., 2017). La fisiopatologia dell'esperienza dolorosa può essere di tipo nocicettivo, somatico o viscerale, o può essere neuropatico dovuto a un danno o a una funzionalità anomala di una struttura nervosa centrale o periferica. L'eziologia e la presentazione del dolore in una persona affetta da Insufficienza Renale Cronica può essere molteplice: dolore di tipo muscolo-scheletrico, da comorbidità, da complicità dell'uremia avanzata, da malattia renale primitiva, da seduta emodialitica (Solano J.P. et al., 2006). Il dolore nella persona affetta da IRC, se mal controllato, determina conseguenze sfavorevoli sulla qualità della vita: può indurre disturbi del sonno, depressione, insuccesso della seduta emodialitica. (Opuscolo interno U.O. Nefrologia e Dialisi, Ospedale San Carlo Borromeo, 2012). Difatti, il dolore cronico nelle persone affette da insufficienza renale cronica, secondo la più grande indagine europea, condotta su 46.394 persone adulte in 15 Paesi Europei, è un grave problema clinico e sociale in quanto il 19% degli intervistati provava un dolore medio-grave per oltre 6 mesi con grandi ripercussioni sulla qualità di vita e dallo stesso studio si evince che in Italia la percentuale di persone con dolore cronico raggiungono il 26% (Gallacher G. et al., 2006,).

La ricerca verte sull'esperienza del dolore nelle persone affette da IRC, su cosa potrebbe rappresentare fattore di rischio e quali siano i fattori protettivi rispetto all'esperienza dolore rispetto a condizione di salute e stili di vita, se il dolore sia

correlato esclusivamente alla seduta emodialitica o dipenda dalle altre comorbidità e quale sia la fascia d'età più colpita.

Il quesito di ricerca nasce dopo l'esperienza di tirocinio nei reparti di Nefrologia, Urologia ed Emodialisi presso l'ULSS 2 Marca Trevigiana. Ho avuto l'opportunità di conoscere e approfondire le problematiche di salute delle persone affette da insufficienza renale cronica (IRC) e di valutare i molteplici aspetti, sia psicologici che fisici. Sono stato maggiormente colpito dalla tematica del dolore, che per quanto studiato e trattato nelle altre malattie cronico degenerative, pare sia poco approfondito nell'ambito dell'IRC nonostante l'esperienza dolorosa sia percepita allo stesso modo di una persona affetta da neoplasia sottoposta a cure palliative (Solano J.P., 2006).

CAPITOLO 1- FENOMENOLOGIA DEL PROBLEMA

1.1 L'Insufficienza Renale Cronica

I reni regolano la composizione degli elettroliti nel sangue quali sodio, potassio, calcio, cloro e fosfato; regolano il pH sanguigno; sono implicati nella regolazione del volume del sangue, della pressione arteriosa, nel mantenimento dell'osmolarità del sangue relativamente costante (circa 300 milliosmoli per litro); i reni inoltre producono ormoni quali il calcitriolo (forma attiva della vitamina D, che aiuta a regolare l'omeostasi del calcio) e l'eritropoietina che stimola la produzione di globuli rossi; contribuiscono insieme al fegato alla regolazione del glucosio nel sangue aiutando a mantenere i normali livelli; infine i reni espellono sostanze di scarto ed estranee attraverso la formazione di urina, come l'ammoniaca, l'urea, la bilirubina, l'acido urico ed altre sostanze estranee derivanti dall'alimentazione, farmaci e tossine ambientali (Gerard J. Tortora & Piccari G., 2011).

L'insufficienza renale è una condizione patologica in cui il rene non è in grado di adempiere ai propri compiti all'interno dell'organismo in quanto la sua funzionalità omeostatica, regolatoria ed emuntoria sono compromesse. (Horigan A. et al., 2012). Per Insufficienza renale (IR) si intende una riduzione del tasso di filtrazione (GFR) e il conseguente aumento della creatinina sierica.

L'insufficienza renale può essere di due tipi: acuta o cronica. L'insufficienza renale acuta (IRA) è un evento improvviso e generalmente transitorio dove i reni smettono di lavorare del tutto o quasi (Gerard J. Tortora et al., 2011); nonostante le condizioni di rapida riduzione, da ore a pochi giorni, del GFR siano relativamente frequenti nelle degenze ospedaliere e nelle terapie intensive, in letteratura sono presenti più di 35 definizioni di insufficienza renale acuta, che limitano una quantificazione condivisa dell'incidenza e della prevalenza del fenomeno. Con l'intento di creare una definizione consensuale che permettesse di stadiare in livelli di gravità le alterazioni della funzione renale, nel 2003 *L'Acute Dialysis Quality Initiative* (ADQI) ha proposto la classificazione RIFLE. Tale definizione si riferisce ai tre stadi di gravità ossia *Risk*, *Injury* e *Failure* ed alle due fasi del possibile *Esito*, la *Loss* e l'insufficienza renale terminale. (Nefrologia in tasca, Antonello Pani, 2012). L'insufficienza renale cronica

(IRC) consiste in un'alterata struttura o funzione del rene, che determina implicazioni per la salute, in cui vi sia da almeno 3 mesi una diminuzione della Velocità di Filtrazione Glomerulare (VFG) al di sotto di 60 mL/min/1,73 m². Essa deriva dalla riduzione inesorabile del numero e della funzionalità dei nefroni che frequentemente possono progredire fino allo stadio terminale *End-Stage Renal Disease* (ESRD).

Le patologie che portano più frequentemente a danno renale cronico sono le nefropatie acquisite (40%), nefropatie congenite (malattie renali cistiche). L'IRC può derivare da glomerulonefrite cronica, pielonefrite, malattia renale policistica, o perdita traumatica di tessuto renale. La VFG è la quantità di filtrato che si forma in tutti i corpuscoli renali di entrambi i reni in ogni minuto; questa deve rimanere relativamente costante perché una velocità troppo elevata o troppo lenta influenzerà per esempio la quantità di sostanze di scarto rimanenti nell'organismo o escrete attraverso l'urina (Gerard J. Tortora et al., 2011). L'incapacità dei reni a svolgere le proprie funzioni viene suddivisa in stadi in base alla velocità di filtrazione glomerulare (VFG) e quindi alla capacità funzionale ed alla presenza di proteinuria e/o albuminuria. Tenendo in considerazione tali elementi vengono distinti cinque stadi di crescente gravità, ai quali corrispondono diversi gradi di rischio di mortalità e evoluzione della patologia. Nel V ed ultimo stadio dell'insufficienza renale cronica denominato *End stage renal disease* (ESRD), come conseguenza della marcata compromissione della funzionalità regolatoria ed omeostatica dei reni è presente uno stato di acidosi metabolica, la velocità di filtrazione glomerulare è inferiore a 15mL/min/1,73 m²; vi sono marcate azotemia, creatinemia e iperfosforemia, si determina una diminuzione dell'emoglobina e dell'ematocrito, si instaura un'evidente ritenzione di liquidi e vi è lo sviluppo della cosiddetta Sindrome uremica. Lo sviluppo dell'uremia si ripercuote a livello di tutti i sistemi dell'organismo; maggiore è l'accumulo di prodotti tossici nel sangue, più gravi risultano le manifestazioni a livello dermatologico, gastrointestinale, cardiovascolare e neurologico. Tale condizione clinica di criticità vitale richiede il trattamento dialitico sostitutivo o un trapianto renale.

1.1.1 La Dialisi

Il trattamento dialitico è una terapia in grado di sostituire in parte i compiti fisiologicamente svolti dal rene: la dialisi rimuove i prodotti finali del catabolismo

azotato, corregge le alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico e ristabilisce il compenso acido-base alterato dall'insufficienza renale. La dialisi non corregge le anomalie endocrine associate all'insufficienza renale e neppure ne previene le complicanze cardiovascolari. Il termine dialisi si riferisce alla diffusione dei soluti attraverso una membrana semipermeabile secondo un gradiente di concentrazione; la velocità di diffusione è tanto maggiore quanto più è elevato il gradiente.

La diffusione è il meccanismo principale che sostiene la rimozione di urea e creatinina nel plasma, nonché il rimpiazzo del bicarbonato; l'entità della diffusione è proporzionale alla temperatura della soluzione, che aumenta il moto molecolare causale e inversamente proporzionale alla viscosità e alla dimensione delle molecole rimosse.

L'Ultrafiltrazione (UF) è il moto convettivo dell'acqua e dei soluti in essa disciolti secondo un gradiente di pressione causato da forze idrostatiche od osmotiche. L'acqua è facilmente sospinta attraverso la membrana semipermeabile e i soluti di piccole dimensioni vengono "trascinati" con essa. Le molecole di larghe dimensioni invece non riescono ad attraversare la membrana. In emodialisi l'UF è resa possibile da una pressione negativa generata dal rene artificiale nel comparto del bagno di dialisi, detta pressione transmembrana. La velocità di ultrafiltrazione dipende dal gradiente pressorio. Le membrane dialitiche possiedono caratteristiche differenti di permeabilità all'acqua e ai soluti che le differenziano in membrane *low* o *high flux*. La permeabilità della membrana è espressa dal coefficiente di UF (kUF) in mL/h/mmHg e può variare da 2 a 50 (un range tra 5-10 indica una permeabilità dell'acqua moderata, un valore >10 una permeabilità elevata).

L'emodiafiltrazione è data dall'uso simultaneo di dialisi e UF per ottenere la rimozione dal sangue sia dei soluti che dell'acqua (Jeremy L. et al., 2010).

1.1.2 Emodialisi

L'emodialisi è una terapia fisica mediante la quale il sangue viene prelevato dalla persona e viene filtrato al fine di bilanciare gli elettroliti, eliminare i liquidi in eccesso

e rimuovere le tossine esogene ed endogene presenti per poi essere reintrodotta nel corpo. (Lavonas E.J. et al., 2019)

L'emodialisi si basa sui processi di diffusione, ultrafiltrazione, emodiafiltrazione e osmosi. Essa viene effettuata mediante l'utilizzo di una macchina artificiale per la depurazione del sangue e prevede, generalmente, che il paziente si rechi in ospedale presso il centro di dialisi almeno due o tre volte alla settimana dalle tre alle quattro ore.

Nell'emodialisi, il sangue del paziente viene pompato in un dializzatore contenente due compartimenti di liquidi strutturati come fasci di tubi capillari a fibre cave o come lamine parallele, disposti intorno a membrane semipermeabili.

I gradienti di concentrazione dei soluti tra sangue e liquido di dialisi portano alle modificazioni desiderate nei soluti sierici del paziente, tra cui la riduzione dell'azoto ureico e della creatinina; un aumento di bicarbonato; e l'equilibrio di sodio, cloro, potassio, e magnesio. Il compartimento del bagno di dialisi è sotto pressione negativa rispetto al compartimento ematico e ha osmolalità alta per prevenire la filtrazione del bagno di dialisi nel flusso sanguigno e per rimuovere l'eccesso di liquidi dal paziente. Il sangue dializzato fa quindi ritorno nel paziente. La persona viene solitamente anticoagulata, con eparina sodica o clexane, sistemicamente durante l'emodialisi per evitare la coagulazione del sangue nella macchina di dialisi. Il trattamento emodialitico, comunque, può essere eseguito anche tramite il trattamento anticoagulante regionale del circuito extracorporeo con citrato trisodico o tramite lavaggi con fisiologica, in cui 50-100 mL di soluzione fisiologica ogni 15-30 minuti eliminano dal circuito di dialisi qualsiasi coagulo di sangue.

Il sangue può essere prelevato mediante due modalità: attraverso la creazione di una fistola artero-venosa, oppure mediante l'inserzione di un catetere venoso centrale temporaneo o tunnellizzato, detto catetere di Tesio.

La fistola artero-venosa (FAV) consiste in una comunicazione artificiale di un'anastomosi tra un'arteria e una vena; solitamente la procedura prevede un'anastomosi dell'arteria brachiale o radiale, la più frequente è la fistola con innesto radio cefalico distale con una vena adiacente. Lo scopo di essa è fornire alla vena un flusso ematico adeguato ad effettuare la dialisi, esso deve essere idealmente compreso

tra 300-500 mL/min. Una fistola appena creata può richiedere 2-3 mesi per maturare e diventare utilizzabile; tuttavia, può essere necessario un ulteriore periodo per la revisione di essa. Dunque, nelle persone affette da insufficienza renale cronica, la fistola deve essere creata almeno 6 mesi prima del bisogno anticipato della dialisi.

Il catetere venoso centrale (CVC) viene utilizzato nei primi trattamenti dialitici, in particolar modo si identifica come accesso eletto nella popolazione anziana, la quale solitamente è affetta da diverse comorbidità e presenta un insufficiente patrimonio vascolare per il confezionamento di una FAV (Hod T. et al., 2015). Il catetere di Tesio è un catetere venoso centrale tunnellizzato e cuffiato, di una lunghezza di circa 70 cm; è utilizzato come accesso a medio o lungo termine nella pratica emodialitica (Dember L.M. & Susztak K., 2010).

Le possibili complicanze del trattamento emodialitico sono: nausea, vomito, ipotensione con conseguente tachicardia e sudorazione, crampi muscolari dolorosi, copiose perdite ematiche dal circuito o dallo spostamento di aghi, aritmie, embolie gassose e dolore toracico. (Smelrzer S. et. al., 2010), nonché complicanze legate alla gestione dei cateteri venosi centrali e accessi periferici.

1.2 Il Dolore nella persona emodializzata

La legge n° 38 del 15 marzo 2010 ha segnato un importante passo per chi soffre di dolore acuto o cronico, dalla promulgazione di tale legge è diventato obbligatorio, nelle persone soggette a regime di ricovero, misurare il dolore e verificarne l'appropriatezza e l'efficacia terapeutica. Il dolore è diventato il quinto parametro da inserire obbligatoriamente nella cartella clinica di tutti gli utenti ricoverati, assieme a pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura corporea.

Sebbene il dolore sia un'esperienza comune a tutti, è un fenomeno complesso e difficile da descrivere. La sensazione del dolore deriva dalla composizione di due elementi principali, una componente è detta percettiva o nocicettiva che consente il ricevimento e il trasporto al sistema nervoso centrale di stimoli potenzialmente dannosi per l'organismo; una esperienziale, del tutto soggettiva, costituita dallo stato mentale

collegato alla percezione di una sensazione spiacevole e pertanto variabile da soggetto a soggetto. In relazione ai due meccanismi che costituiscono il fenomeno dolore si possono distinguere il dolore nocicettivo, causato da un danno ai tessuti, è a sua volta distinguibile in somatico o viscerale, ed il dolore neuropatico causato da un danno alle strutture nervose che percepiscono o trasmettono il dolore, è percepito come sensazione di bruciore, pesantezza o intorpidimento lungo il nervo colpito.

In un'analisi trasversale della *Renal Research Institute of Chronic Disease Kidney (CDK study)*, il dolore nelle persone affette da insufficienza renale cronica con stadio 3-5 è stato associato ad un impatto negativo sulla qualità di vita (QOL) rispetto alla popolazione generale. (Perlman R. L. et al., 2005). Le cause di dolore nella persona affetta da insufficienza renale cronica possono essere molteplici, dalle comorbidità, dalle complicanze dell'insufficienza renale, dall'evento acuto o meno che ha causato tale condizione e dalla procedura di dialisi.

Le svariate malattie associate all'insufficienza renale cronica (ridotto apporto di sangue ad arti o toracico) possono essere causa del dolore nella persona; ad esempio, il malato di insufficienza renale cronica soffre di ridotto apporto di sangue ad arti o toracico che può essere associato a dolore.

Spesso l'esperienza dolorosa è data dalla presenza di complicanze dell'insufficienza renale quali neuropatia periferica che colpisce le strutture nervose del corpo, deficit della vitamina D che causa calcificazioni dei tessuti molli e fratture, la gotta determinata da accumulo di acido urico e può causare esperienze di dolore acuto, l'amiloidosi associata alla dialisi può causare dolori alle articolazioni causati dall'accumulo di beta-2-microglobulina, le calcificazioni e la chiusura di piccole arterie può generare un pericoloso meccanismo detto calcifilassi o arteriopatologia uremica calcificata ed esso può essere causa di dolore; lo stesso il trattamento emodialitico può essere causa di dolore, può presentarsi l'evento chiamato "sindrome da furto" il quale causa dolore all'arto della fistola per il ridotto afflusso ematico e per la posizione statica durante l'emodialisi oppure sono frequenti crampi o importanti dolori muscolari, in particolar modo se la persona viene sottoposta ad un calo di peso importante. Anche la dialisi peritoneale può essere causa di dolore, sia per eventi acuti

come peritoniti sia per l'instaurarsi di una grave complicanza cronica detta peritonite sclerosante incapsulante.

Oggi giorno è un dovere oltre che per etica e morale, per l'infermiere valutare l'esperienza dolorosa della persona e di attuare le migliori soluzioni basate sulle evidenze scientifiche.

Per quanto il fenomeno dolore nella persona emodializzata sia troppo poco indagato, sono stati condotti degli studi che ne attestano la presenza e che addirittura equiparano tale dolore a quello delle persone ospedalizzate affette da neoplasia sottoposte a cure palliative. Il dolore cronico è stato poco valutato e il dolore che insorge durante la seduta emodialitica non è stato analizzato nello specifico. (Davison S. N. et al., 2006).

Di grande impatto è stato lo studio del dolore, condotta nel 2019, svolta da Rolf-Detlef Treede et al, nella quale è stata costituita una task force per la classificazione del dolore cronico reclutando esperti del dolore da tutto il mondo, sollecitando raccomandazioni da parte di *International Association for the study of Pain (IASP)*. Il dolore cronico è definito come dolore che persiste o si ripresenta per più di 3 mesi. Nelle sindromi dolorose croniche, esso può essere l'unico o il principale disturbo e richiede un trattamento e cure speciali. In condizioni quali la fibromialgia o lombalgia aspecifica, il dolore cronico può essere considerato una malattia a sé stante; nella proposta dello studio, questo sottogruppo viene definito «dolore cronico primario.» In altri sei sottogruppi, il dolore è secondario ad una malattia di base: dolore cronico correlato al cancro, dolore cronico, dolore neuropatico, dolore viscerale secondario cronico, dolore post-traumatico e post-chirurgico, cefalea cronica secondaria e dolore orofacciale e dolore muscoloscheletrico cronico secondario.

Queste condizioni sono riassunte come «dolore cronico secondario», dove il dolore può almeno inizialmente essere concepito come un sintomo. L'applicazione di tali codici nell'undicesima edizione della Classificazione internazionale delle malattie porterà ad un miglioramento della classificazione e della codifica diagnostica, favorendo così il riconoscimento del dolore cronico come condizione di salute a sé stante.

Nel 2021 è stata condotta una revisione sistematica da Kelly Zhang et al in cui sono stati analizzati 60 studi ed è stata presa in esame l'esperienza di 1343 partecipanti, 1215 sottoposti ad emodialisi e 128 sottoposti a dialisi peritoneale. Dallo studio è emerso che le persone sottoposte a dialisi hanno affrontato lotte simili a quelle provate da persone che soffrono di altre malattie croniche. Tali esperienze sono molteplici come pensieri depressivi, disabilità, qualità della vita inferiore e limitazioni nella vita lavorativa, familiare e sociale. Dallo studio è emerso quanto poco sia stato indagato in passato il fenomeno del dolore e quanto poco si parli delle strategie adottate per la sua gestione. Ancor più nel dettaglio entra lo studio osservazionale del 2021 di Patricia Robert Dos Santos et al., dove si evince l'importanza della gestione del dolore e il bisogno di prendere in considerazione il parametro dolore nei centri di emodialisi, in quanto la persona affetta da malattia renale cronica e sottoposta a emodialisi prova un dolore severo/moderato in varie attività quotidiane e in sedi ben localizzate come testa, schiena, ossa. Inoltre, è presente una maggiore frequenza di dolore moderato e severo nelle persone sottoposte ad emodialisi, che ha influenzato le attività quotidiane, la capacità di camminare, l'umore, le relazioni con le altre persone, il sonno e il lavoro.

In conclusione, dunque, dalla revisione della letteratura svolta sono state identificate le molteplici realtà del fenomeno dolore, quanto esso sia d'impatto nella vita delle persone emodializzate affette da Insufficienza Renale Cronica, sia sul piano fisico che psicologico.

Rimane ancora da indagare se esistano dei fattori che si dimostrano protettivi rispetto al dolore o se esistano aspetti che sono correlati a una maggiore esperienza del dolore in relazione a condizione di salute, stili di vita, tipologia di dialisi e frequenza nella dialisi nella persona emodializzata. La possibilità di dare tali risposte a questa area grigia permetterebbe all'equipe di poter, fin dalla presa in carico iniziale, individuare i soggetti maggiormente a rischio di dolore e seguirli in modo più stretto anche nei follow up successivi.

1.3 Rilevanza del problema per la professione Infermieristica

Nell'esperienza del dolore si mescolano fattori diversi: gli elementi più puramente sensoriali si fondono alle componenti emotive e affettive. Ecco il motivo per cui la percezione del dolore è influenzata da un'ampia variabilità individuale, dovuta a fattori

sia genetici circa la tolleranza, che psico-sociali relativi all'ansia, preoccupazione, al substrato culturale o familiare e a precedenti esperienze dolorose (Mazzoni D. & Cicognani E., 2013) rispetto alla gestione del dolore dell'assistito, l'infermiere si pone in primo luogo in relazione di ascolto con le persone; il codice deontologico 2019, specifica, all'articolo 18 che tale figura professionale "previene, rileva, documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto della volontà della persona."

Secondo la *International Association for the study of pain (IASP)* all'infermiere compete l'identificazione della persona affetta da dolore, effettuare una valutazione completa di tale fenomeno ed i relativi impatti nella sfera socio-relazionale, compiere azioni per il controllo del dolore con valutazioni periodiche. Il decorso cronico e progressivamente sempre più debilitante dell'insufficienza renale cronica e del conseguente trattamento dialitico, fa sì che si crei un legame duraturo tra persona assistita e operatore sanitario (Mazzoni D. & Cicognani E., 2013)

Il dolore, non essendo considerato più un sintomo, ha la necessità di essere trattato, valutato e gestito da un team multiprofessionale. Bisogna garantire la miglior assistenza per l'utente e soprattutto che egli possa affrontare tale situazione con dignità. Ragion per cui nel 2010 è stata emanata la legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". (Gazzetta Ufficiale n.65 del 19 marzo 2010). Tale legge sottolinea il diritto delle persone assistite ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, individuando tre aree di assistenza. Tali aree sono cure palliative, terapia del dolore e assistenza all'utente pediatrico.

Le basi di tale legge si trovano nella disposizione legislativa "Carta dei diritti sul dolore inutile" promossa di Cittadinanzattiva nel 2005, composta di 8 articoli che sottolinea le aree ancora poco affrontate nei percorsi antalgici.

Tra gli articoli di rilevanza etica, morale e professionale nella Legge del 38/2010 troviamo il n. 7, il quale obbliga la documentazione del dolore ed il suo decorso nella cartella clinica della persona assistita.

Nella sezione medica ed infermieristica è d'obbligo riportare l'evoluzione del fenomeno dolore durante il periodo di degenza, scegliendo secondo le evidenze scientifiche lo strumento più adatto per tale valutazione e rilevazione, bisogna anche riportare i farmaci utilizzati per contrastare tale evento, il dosaggio e gli effetti conseguiti. Il processo assistenziale, diagnostico e terapeutico che l'infermiere attua per una corretta valutazione del dolore prende in considerazione l'intensità, durata, localizzazione, distribuzione spazio-temporale, la correlazione o meno con fattori allevianti o scatenanti, delle terapie concomitanti e della consapevolezza che la percezione soggettiva dell'intensità dolorosa non è proporzionale al tipo o all'estensione del danno tissutale, ma dipende dall'interazione di fattori fisici, culturali ed emozionali (Raffaeli W. et al., 2009). La presa in carico della persona con dolore deve essere individuale, personalizzata, il processo contempla la presenza di due soggetti in relazione, entrambi dotati di competenza, e si realizza in un procedere diagnostico ed assistenziale fondato sul dialogo (Servizio Cure Palliative, 2007). Non sono sufficienti scale e strumenti di misurazione quantitativi, poiché solo attraverso la comprensione dialogica della persona assistita, della sua personalità, cultura, stile di soddisfacimento dei bisogni fisici, emotivi e spirituali è possibile pianificare correttamente l'assistenza da prestare (Raffaeli W. et al., 2009). Per svolgere una presa in carico che non trascuri nessun elemento è opportuno seguire dei punti fissi, composti da un'anamnesi multidimensionale, una valutazione utilizzando gli strumenti validati, una decisione e pianificazione degli obiettivi discussi e condivisi con la persona assistita, una definizione e successiva attuazione degli interventi susseguiti da una costante rivalutazione di quanto attuato mediante una registrazione precisa e puntuale in cartella infermieristica. Tale processo appena esplicitato deve essere attuato in maniera continua, poiché alla fine è possibile raccogliere ulteriori dati e eventualmente decidere di ridefinire i problemi del paziente alla luce dei risultati raggiunti, e quindi procedere alla pianificazione di nuovi interventi (Raffaeli W. et al., 2009). Il dolore è considerato al pari degli altri parametri vitali, va quindi valutato insieme a frequenza cardiaca, pressione arteriosa, temperatura e frequenza respiratoria ed è strettamente correlato alla variazione di essi.

È importante, dunque, riconoscere che il fenomeno dolore esista anche tra le persone emodializzate affette da Insufficienza Renale Cronica così da poterlo studiare ed

approfondire, arrivando sempre di più a migliorare il processo assistenziale. Ancor più importante è comprendere che la qualità di vita delle persone emodializzate affette da insufficienza renale cronica è fortemente influenzata dal fattore dolore, da un'indagine emerge che tale esperienza di grado moderato-severo sia capace di modificare la capacità di camminare, l'umore, il sonno, la relazioni con altre persone. (Dos Santos L. et al., 2021). Gli strumenti di valutazione del dolore in uso non sono specifici per la persona emodializzata affetta da insufficienza renale cronica, inoltre valutano il dolore solo nel momento in cui lo si usa non evidenziando quanto esso sia presente nella vita della persona, magari in momento diverso da quello in cui viene rilevato nei servizi sanitari e con caratteristiche di presentazione molto varie. La valutazione dell'esperienza dolorosa non è data da quanto pensano i professionisti che la persona soffre ma da quanto dolore dice di avere la persona malata. L'autovalutazione di tale esperienza, dunque, resta l'unica possibilità di quantificare il fenomeno vissuto e la misurazione può avvenire mediante l'utilizzo di numeri o figure, tali metodi devono avere tre caratteristiche fondamentali quali validità, riproducibilità e sensibilità.

Come strumenti valutativi si hanno a disposizione delle scale unidimensionali, come la Scala di Valutazione Numerica (NRS) che permette di valutare il dolore da 0 (nessun dolore) a 10 (dolore massimo), Scale Visivo-Analogiche (VAS) dove alle estremità di una retta di 10 centimetri sono poste le diciture "dolore assente" e "massimo dolore possibile", la persona sottoposta allo strumento valutativo dovrà segnare sulla retta il punto che corrisponde all'intensità del suo dolore. Si ha a disposizione anche la scala Verbale per la valutazione del dolore (VRS), ove è riproposta la retta di 10 centimetri ma nel mezzo sono interposti degli aggettivi che possono indirizzare la persona nella scelta dell'intensità del dolore.

Il professionista sanitario ha a disposizione anche strumenti multidimensionali come le scale McGill Pain Questionnaire (MPQ) e Brief Pain Inventory (BPI), esse valutano oltre l'esperienza del dolore provata in quel preciso momento anche aspetti relazionali della vita della persona.

Vista la prevalenza del dolore nelle persone emodializzate, si deduce l'importanza dell'uso di uno strumento per la valutazione del fenomeno dolore che permetta di studiare il fenomeno nei giorni e nei momenti di vita della persona assistita, nelle sue

diverse sfaccettature e presentazione, anche rispetto alla terapia dialitica e farmacologica assunta, così da poter gestire al meglio il percorso assistenziale che si estende per un periodo di tempo medio-lungo, essendo la popolazione affetta da Insufficienza renale cronica in una condizione di cronicità.

Un passo significativo in questo senso è stato attuato in ambito oncologico con la creazione e la validazione del diario del dolore, dove la compilazione di esso è di fondamentale importanza per indirizzare il professionista sanitario verso la diagnosi di Dolore episodico intenso (D.E.I.), distinguendolo da altri tipi di dolore, definendone il trattamento più adeguato, e ottenendo così una riduzione del dolore ad esso associato.

CAPITOLO 2 -MATERIALI E METODI

2.1. Obiettivo dello studio

L'obiettivo è l'analisi e la valutazione del fenomeno Dolore e le sue correlazioni nella popolazione delle persone emodializzate seguite presso L'Ulss 2 Marca Trevigiana nel servizio di Emodialisi di Treviso. L'indagine ha come scopo lo studio dell'esperienza personale del dolore, la valutazione dei fattori legati alla salute e allo stile di vita (variabili socio anagrafiche e comorbidità) che influiscono sul dolore sia positivamente (fattori protettivi) che negativamente (fattori di rischio), la valutazione se esistano delle correlazioni tra dolore e seduta emodialitica della popolazione in studio e se l'esperienza dolorosa vissuta del campione abbia riscontro con le evidenze cercate in letteratura.

2.2. Disegno di studio

Lo studio è stato condotto in tre fasi:

- Fase 1: In fase 1 è stata condotta la revisione della letteratura rispetto al fenomeno del dolore nella popolazione emodializzata. La ricerca nella letteratura è stata effettuata a partire dal metodo PICO. La valutazione delle evidenze più aggiornate ha permesso la selezione e costruzione del questionario socio-anagrafico e del diario del dolore per la rilevazione del fenomeno del dolore. I criteri di selezione degli studi, il metodo PICO e la *flow chart* di selezione degli studi sono presentate nel capitolo 2.3. In allegato è presente la tabella di estrazione dati dagli studi.
- Fase 2: In fase 2 si è proceduto alla progettazione dell'indagine, costruzione della scheda socio-anagrafica e del diario del dolore. In tale fase è stata richiesta l'approvazione amministrativa all'ente e al servizio. Si è proceduto con la somministrazione dello strumento, nel capitolo 2.5.2 è descritta la scheda socio-anagrafica e il diario, sono inoltre descritti i periodi di somministrazione e i criteri di selezione dei partecipanti.
- Fase 3: In fase 3 si è proceduto all'analisi dei dati emersi dal questionario somministrato e relativa valutazione dei risultati.

Per lo studio è stato adottato un disegno descrittivo, con correlazionale trasversale, con campione casuale non probabilistico.

2.3. Fase 1- Criteri di selezione degli studi per la revisione

La revisione della letteratura è stata condotta, inizialmente per la ricerca del fenomeno Dolore, formulando quesiti di ricerca utilizzando gli elementi del PICO (problema/popolazione, intervento, outcomes/risultati), come rappresentato in **Tabella 1**.

Problema/Popolazione	Persona affetta da IRC emodializzata
Intervento	Valutazione del dolore/ diario del dolore
Confronto	Nessun Confronto
<i>Outcomes</i> /Risultati	fattori di rischio e fattori protettivi

Tabella 1:PICO

La ricerca è stata effettuata consultando la banca dati internazionale MEDLINE interfaccia *PubMed*, utilizzando le stringhe di ricerca per selezionare articoli pubblicati in *full-text*. Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state scelte e combinate sia utilizzando termini *MeSH* del *Thesaurus* sia tramite ricerca libera. I *MeSH Terms* utilizzati sono: “*kidney disease*”, “*pain scales*”, “*nurse care*”, “*pain assessment*”, “*Hemodialys patient*”, “*CDK*”, “*dyalisis*”. Le parole chiave sono state, inoltre, combinate con l’operatore *booleano* AND e OR. La ricerca è stata condotta mediante l’accesso alla Biblioteca Pinali dell’Ateneo di Padova (“riviste elettronica”).

Le stringhe che hanno esitato in risultati utili ai fini della revisione sono presentate in tabella (Allegato 1). Inoltre, è stata effettuata una ricerca in Google Scholar che non ha condotto a ulteriori nuovi risultati. La selezione degli studi è stata strutturata in 4 fasi (vedi Allegato 2 e Allegato 3):

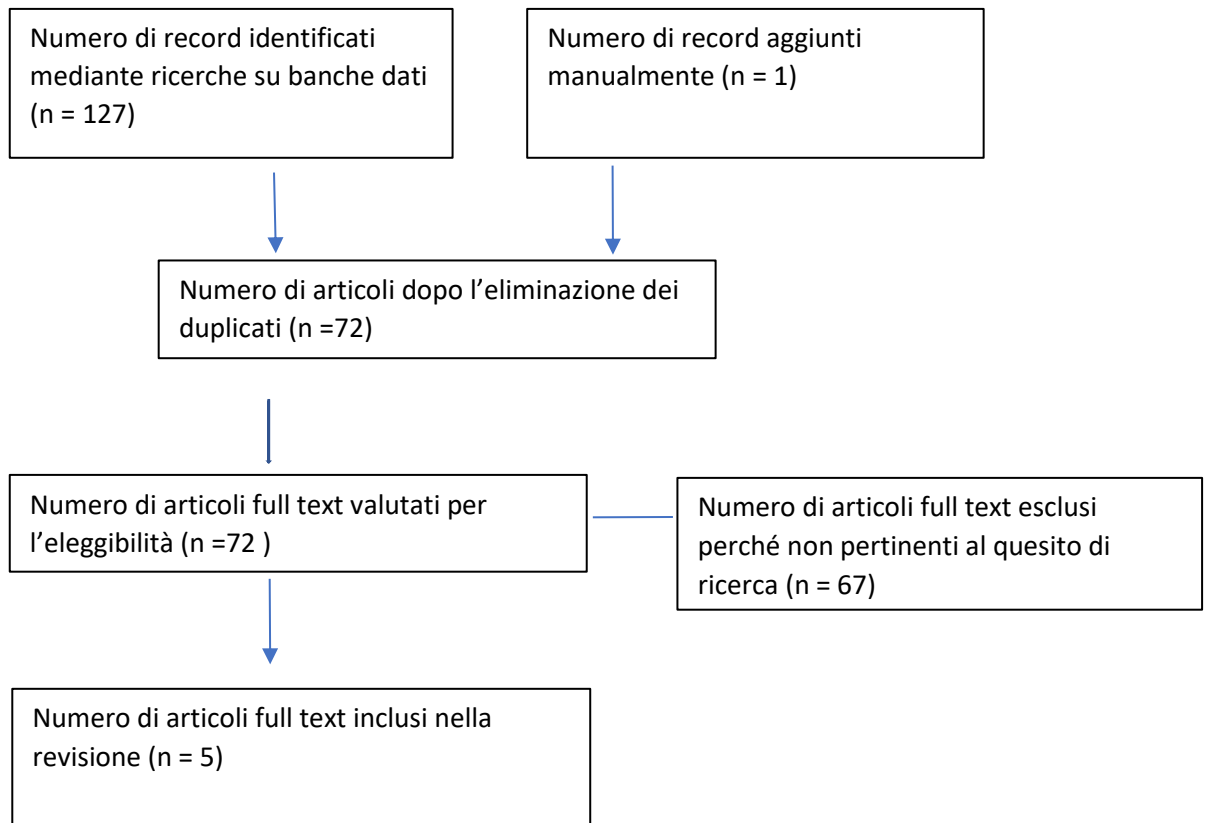
1. Identificazione degli studi tramite ricerca in banche dati con esclusione degli articoli doppi;
2. Screening dei titoli e degli abstract degli articoli inclusi;
3. Valutazione dei full text per l'eleggibilità;
4. Lettura dei full text degli articoli inclusi.

I criteri di inclusione per l'eleggibilità degli studi comprendevano:

- Popolazione emodializzata affetta da Insufficienza Renale Cronica;
- Età dei pazienti superiore a 18 anni;
- Tipologia di studio: Linee guida, Metanalisi, Revisioni Sistematiche, Studi osservazionali;
- Tipologia di interventi: interventi volti alla rilevazione e valutazione del dolore nelle persone affette da insufficienza renale cronica;
- Lingua: inglese, italiana.

I criteri di esclusione per la non eleggibilità degli studi comprendevano:

- Popolazione pediatrica;
- Studi che avevano come oggetto qualsiasi altra tipologia diversa dalla IRC



2.4. Selezione del campione

L'indagine è stata eseguita presso il Servizio di emodialisi dell'azienda Ulss2 Marca Trevigiana. L'U.O. Emodialisi, assieme all'U.O. di Nefrologia e Centro Trapianti, si occupano della prevenzione, della cura delle patologie renali, acute o croniche; svolgono attività di terapia sostitutiva dell'insufficienza renale acuta o cronica, ed infine dei trapianti renali da donatore vivente e da cadavere. Vi è pertanto una stretta correlazione tra le attività dei tre reparti.

Presso l'U.O. emodialisi si effettuano emodialisi extracorporee per utenti affetti da insufficienza renale cronica e valutazione degli utenti da inserire nella lista per il trapianto renale, residenti nel territorio appartenente all'Ulss2. Vengono sottoposti a

dialisi le persone affette da una perdita acuta della funzione renale, anche provenienti da altri reparti di degenza, in regime di ricovero ordinario e dialisi a utenti cronici, ricoverati da altri Centri italiani e stranieri previa valutazione clinica e prenotazione.

Nel complesso tale popolazione è composta da 156 utenti. Il campionamento che è stato messo in atto al fine di rendere possibile l'analisi è non probabilistico in quanto si è utilizzata una modalità non casuale per selezionare il gruppo di soggetti da far partecipare allo studio.

I criteri di inclusione secondo i quali i soggetti sono stati reclutati all'indagine sono stati: utenti maggiorenni, affetti da Insufficienza renale cronica, in emodialisi, almeno un mese di dialisi, coscienti, collaboranti, con capacità intellettive discretamente conservate, con capacità di esprimersi in lingua italiana o inglese, che abbiano acconsentito alla raccolta dati e che abbiano fornito liberatoria sul trattamento dati.

I criteri di esclusione sono stati: prima dialisi, non volontà nella raccolta dati, barriera linguistica, deficit cognitivi e/o visivi, condizione acuta o grave dello stato di salute, minore età, utenti che hanno compilato solo la scheda socio-anagrafica senza riportare il diario.

2.5 Strumenti

A seguito della ricerca bibliografica sono stati individuati i punti cardine per la creazione di una scheda socio-anagrafica ed un diario del dolore. I due strumenti si presentano con domande chiare, brevi, a risposta multipla, semplici da compilare. La scheda socio-anagrafica è stata compilata con la presenza dell'erogatore, mentre il diario, composto di 7 tabelle corrispondenti ai giorni della settimana, è stato lasciato all'utente con la disponibilità di restituirlo nella settimana successiva. La somministrazione degli strumenti di valutazione sono stati autorizzati dal Primario e dal Coordinatore Infermieristico dell'UO Emodialisi di Treviso, previa presentazione degli obiettivi dello studio. Ad ogni persona sottoposta al questionario e al diario del dolore è stato chiesto il consenso per la partecipazione allo studio.

2.5.1 Scheda socio-anagrafica

Lo strumento è preceduto da una premessa in cui viene descritta la volontà dello studio e dal consenso alla raccolta dati, tale raccolta dati è anonima. Viene chiesto di indicare:

anno di nascita il sesso, lo stato civile, la condizione, anamnesi patologie, anamnesi sulla condizione dialitica, anamnesi farmacologica, se si usufruisce di una terapia antalgica al bisogno o se giornaliera, se vi è conoscenza di rimedi al dolore non farmacologici, se si prova dolore durante e/o dopo la seduta emodialitica, se vi sono momenti del giorno in cui tale dolore si acutizza o meno, se si svolge attività fisica e, se sì, con quale frequenza.

Alla fine di tale scheda vi è stata allegata l'immagine di un corpo umano ed è stato chiesto di indicare in quale parte di esso, se presente, vi è dolore maggiormente durante la settimana.

I dati richiesti nella scheda socio anagrafica derivano dall'analisi della letteratura esistente e dalla necessità di indagare eventuali correlazioni con lo stile di vita e salute della persona.

2.5.2. Diario del dolore

Agli utenti che hanno acconsentito alla raccolta dati è stato consegnato un diario del dolore, composto di 7 tabelle rispettivamente indicanti i giorni della settimana. In tale strumento viene chiesto di riportare nella prima colonna, quale momento della giornata si ha dolore con la possibilità di poter indicare o un momento della giornata e/o un orario specifico; nella seconda colonna è stato chiesto di indicare numericamente l'intensità del dolore provato in quella giornata tramite SCALA NRS, 0 indica nessun dolore e 10 il massimo dolore che si possa provare; nella terza colonna è stato chiesto di riportare il tipo di dolore provato; nella quarta colonna di riportare se si ha usufruito di una terapia antalgica, se sì quale tipologia di farmaco assunto e se esso abbia effetto o meno.

Nell'ultima colonna è chiesto di riportare in che zona del corpo si percepisce tale dolore, con dei suggerimenti tra parentesi, i quali rappresentano secondo la ricerca bibliografica le zone più colpite dalle persone emodializzate affette da insufficienza renale cronica.

Seppur poco utilizzato nei vari settings di cura, il diario del dolore, non è uno strumento di uso comune, ma ha grandi potenzialità. È di fondamentale importanza in ambito oncologico, dove la compilazione di un diario del dolore personale è necessario per

indirizzare il professionista sanitario verso la diagnosi di Dolore episodico intenso (D.E.I.), distinguendolo da altri tipi di dolore, definendone il trattamento più adeguato, e ottenendo così una riduzione del dolore ad esso associato.

2.6 Raccolta dati

La raccolta dati è avvenuta nei mesi di maggio, giugno e luglio 2022. Prima di procedere nella raccolta dati è stato stipulato un progetto di ricerca al quale è stata allegata una richiesta. Successivamente è stata deliberata l'autorizzazione alla somministrazione dei questionari da parte del Direttore dell'Unità Operativa e del Coordinatore infermieristico. La somministrazione della scheda socio-anagrafica è avvenuta nella modalità di intervista singola, durante la seduta emodialitica alla fine della quale è stato lasciato un diario del dolore da compilare durante la settimana. Tale strategia è stata adottata perché gli utenti durante la seduta emodialitica sono impossibilitati nello scrivere per il collegamento del macchinario di dialisi con l'accesso venoso, esso sia fistola o catetere venoso centrale. Nonostante ciò, le risposte sono state riportate dallo scrivente senza apporre modificazioni o senza esercitare alcun tipo di influenza. Al contrario il diario del dolore è stato completamente compilato dall'utente durante il corso della settimana e poi riconsegnato in reparto il primo giorno di dialisi della settimana seguente.

2.7 Analisi dati

Per l'analisi dei dati sono stati utilizzati indici di statistica descrittiva (media, mediana, deviazione standard) e indici di statistica inferenziale (test di Wilcoxon per i dati appaiati e test di Mann-Whitney). il dolore è stato categorizzato in tre momenti: *Pain_Baseline*, (ovvero l'istante in cui è stata sottoposta la scheda socio-anagrafica), *Pain_Index_Day* (lunedì, mercoledì, venerdì; ovvero i giorni in cui in media l'83,2% del campione è sottoposto al trattamento emodialitico), *Pain_Control_Day* (martedì, giovedì, sabato, domenica; ovvero i giorni in cui solo l'8,3% della popolazione presa in esame è sottoposta al trattamento emodialitico). La significatività statistica è stata considerata con $p\text{-value} \leq 0.05$.

CAPITOLO 3 - RISULTATI

3.1 Descrizione del campione

Le informazioni raccolte mediante la Scheda socio-anagrafica ed il Diario del dolore sono di natura quantitativa; i dati sono stati analizzati in maniera aggregata con il fine di rispondere ai quesiti di ricerca. Per svolgere l'indagine i questionari sono stati somministrati durante la seduta emodialitica nei mesi di maggio, giugno e luglio 2022. La raccolta dati ha coinvolto l'intera popolazione di 156 pazienti emodializzati presi in carico dall'UO di Emodialisi dell'Ospedale di Treviso, dell'Azienda ULSS 2 Trevigiana.

Dal seguente campione sono stati esclusi nell'analisi dei dati 104 utenti, poiché 43 non hanno rilasciato il consenso, 42 persone non hanno riconsegnato il diario, 10 persone sono state escluse per deficit cognitivi gravi, 6 per barriera linguistica, 2 perché ipovedenti e 3 utenti perché sottoposti a prima dialisi. È stato dato il consenso e riconsegnato il diario del dolore da 54 utenti, appartenenti alla fascia di età 29-94 anni, nello specifico la percentuale più alta, 9,2% appartiene ai soggetti di 74 anni, altre percentuali più numerose sono il 7,4% a cui appartengono soggetti di 52 anni e di 76 anni e il 5,5% a cui appartengono soggetti di 56 anni. Le persone che hanno risposto alla scheda socio-anagrafica e diario del dolore sono 68,5% uomini e 31,4% donne. Lo stato civile del campione è composto dal 72,2% coniugati, 16,6% celibi/nubili, 11,11% separati/vedovi. La condizione degli utenti appartenenti all'indagine è di 62,9% autonomi e 37,0% che si affidano ad un caregiver. Inoltre, il 66,6% non svolge attività fisica contro il 33,3%; il 7,4% svolge attività due volte a settimana e il 18,5% tre volte a settimana. Si è indagato gli anni di dialisi, è emerso che il 22,2% del campione è in dialisi da un anno, mentre il 12,9% da due anni, il 14,8% da tre anni e il 12,9% da cinque anni; inoltre, l'81,4% del campione è sottoposto a seduta emodialitica tre volte a settimana al contrario il 18,5% fa sedute di dialisi due volte a settimana. Il 61,1% possiede una fistola, al contrario il 38,8% ha un catetere venoso centrale. Analizzando l'anamnesi delle persone emodializzate, è emerso che il 48,1% non sono affetti da ipertensione contro il 51,8%; per quanto riguarda il diabete, il 72,2% non è affetto da diabete, viceversa il 27,7% sono diabetici. Inoltre, l'83,3% dei soggetti non sono affetti da patologia autoimmune, al contrario del 16,6%. Considerando le altre patologie il

3,7% sono affetti da precedenti IMA, il 5,5% da osteoporosi, il 3,7% da rene policistico, il 9,2% da scompenso cardiaco, mentre il 27,7% da nessun'altra patologia oltre l'IRC.

Dai risultati ottenuti è emerso che l'81,4% non si sottopone alla terapia antalgica; l'12,9% una volta al giorno e il 1,8% due volte al giorno e 3,7% tre volte al giorno. Tra i farmaci che i soggetti assumono al fine della terapia, il 16,6% non assume antidolorifici, il 72,2% assume paracetamolo, il 5,5% oppiacei, 1,8% associazioni, 1,8% neurolettici e la stessa percentuale, infine, assume cortisonici. Inoltre il 20,3% del campione non ricorre a tale terapia al bisogno contro il 79,6% che assume la stessa.

	Frequenza assoluta	Percentuale
<u>Genere</u>		
Uomini	37	68.5
Donne	17	31.4
<u>Fasce di Età</u>		
<70 anni	27	
>70 anni	27	
<u>Stato civile</u>		
Celibe/Nubile	9	16.6
Coniugato/a	39	72.2
Separata/o, vedovo/a	6	11.1
<u>Condizione</u>		
Autonomo	34	62.9
Caregiver	20	37
<u>N. Sedute dialisi Settimana</u>		
2	10	18.5
3	44	38.8
<u>Patologia Ipertensione</u>		
No	26	48.1
Si	28	51.8
<u>Accesso emodialisi</u>		
Fistola	33	61.1
Catetere venoso centrale	21	38.8

<u>Patologia Diabete</u>		
No	39	72.2
Si	15	27.7
<u>Patologia Autoimmune</u>		
No	45	83.3
Si	9	16.6
<u>Altro:</u>		
IMA	2	3.7
Osteoporosi	3	5.5
Rene policistico	2	3.7
Scompenso Cardiaco	5	9.2
Nessuna patologia	15	27.8
<u>Terapia Antalgica</u>		
No	44	81.4
Si	10	18.5
<u>TerapiaAntalgica Frequenza Die</u>		
0	44	81.4
1	7	12.9
2	1	1.8
3	2	3.7
<u>Terapia Antalgica Albisogno</u>		
No	11	20.3
Si	43	79.6
<u>Classificazione Farmaco</u>		
Nessuno	9	16.6
Tachipirina	39	72.2
Oppiacei	3	5.5
Associazioni	1	1.8
Neurolettici	1	1.8
Cortisoni	1	1.8
<u>Conoscenza Rimedi Farmacologici</u>		
No	54	100
Si	-	-
<u>Attuazione Rimedi Non Farmacologici</u>		
No	54	100
Si	-	-

Tabella 2:Descrizione del campione per variabili indagate

3.2 Risultati dello studio

Procedendo con l'analisi dei dati raccolti, sono state confrontate le variabili sesso, età, accesso dialisi, numero dialisi settimanali in relazione al dolore.

In prima analisi è stato analizzato il dolore in relazione ai tre momenti considerati; come è possibile notare all'interno della tabella 3, la media più alta è 3,7 e corrisponde ai giorni in cui l'83,2% soggetti sono sottoposti a emodialisi.

	Pain_Baseline	Pain_Index_Day	Pain_Control_Day
Median	6.000	3.611	1.542
Mean	3.444	3.765	2.369
Std. Deviation	2.995	2.734	2.582
Minimum	0.000	0.000	0.000
Maximum	6.000	8.556	7.917

Tabella 3: Dolore e medie di confronto

Le persone che hanno risposto alla scheda socio-anagrafica e diario del dolore sono per 68,5% uomini e per il 31,4% donne, da questi risultati è possibile affermare che le donne siano meno inclini a soffrire di insufficienza renale cronica e quindi essere sottoposte a dialisi, contrariamente agli uomini la cui percentuale è ben oltre il 50%. Per quanto riguarda il fattore di rischio relativo al dolore, considerando la variabile sesso, dall'analisi statistica emerge che tra i gruppi uomini e donne non vi è differenza statistica significativa nei vari momenti presi in esame, se non lievemente nei giorni di controllo quindi, *Pain_Baseline* (p-value=0,192), *Pain_Index_Day* (p-value= 0.08), *Pain_Control_Day* (p-value=0,056).

Analizzando invece l'esperienza dolorosa nei singoli individui nei vari momenti presi in esame emerge, come da tabella 4, che le donne rispetto agli uomini provano un dolore maggiore sia per media che per mediana. Si presenta inoltre, per gli uomini, una differenza significativa del dolore tra il momento *Pain_Baseline* ed i *Pain_Control_Day* (p-value= 0,03), situazione che non vi è nelle donne (p-value= 0,39). Dall'analisi emerge una mediana pari a 3,3 (*Pain_Index_Day*) e 1,4 (*Pain_Control_Day*) per quanto riguarda il dolore negli uomini con una differenza statisticamente significativa pari a (p-value= <.001). Medesima situazione si può notare analizzando il sesso femminile, infatti, le mediane sono pari a 4,8 (*Pain_Index_Day*) e 3,5 (*Pain_Control_Day*); in tal caso, il valore del p-value è pari a 0,02.

Pain_Baseline

Pain_Index_Day

Pain_Control_Day

	M	F	M	F	M	F
Median	6.000	6.000	3.333	4.889	1.417	3.500
Mean	3.081	4.235	3.357	4.654	1.865	3.466

Tabella 4: Statistica Descrittiva dolore Maschio/Femmina

Altro fattore importante è l'età, infatti, è stato dato il consenso e consegnato il diario del dolore da 54 utenti, appartenenti alla fascia di età 29-94 anni, nello specifico la percentuale più alta, 9,2% appartiene ai soggetti di 74 anni, altre percentuali più numerose sono il 7,4% a cui appartengono soggetti di 52 anni e di 76 anni e il 5,5% a cui appartengono soggetti di 56 anni. Per l'analisi statistica sono stati suddivisi i partecipanti in due gruppi, ed è emerso che tra il gruppo <70 anni e >70 anni non vi è una significativa differenza statistica. (*Pain_Baseline* p-value= 0,41; *Pain_Index_Day* p-value=0,33; *Pain_Control_Day* p-value= 0,57).

Analizzando la Tabella 5. possiamo notare che la popolazione >70 anni presenta media e mediana più alte rispetto a coloro che hanno <70 anni in riferimento al dolore provato. Dall'analisi svolta è risultato che sia negli >70 che negli <70, vi è un risultato statisticamente significativo (p-value=<.0,01) considerando *Pain_Index_Day* e *Pain_Control_Day*. Di conseguenza possiamo affermare che è significativa la differenza tra i *Pain_Index_Day*, ossia i giorni in cui l'83,2% è sottoposto a emodialisi, rispetto i *Pain_Control_Day*, ovvero i giorni in cui l'8,3% è sottoposto ad emodialisi.

	Pain_Baseline		Pain_Index_Day		Pain_Control_Day	
	<70anni	+70anni	<70anni	+70anni	<70anni	+70anni
Median	6.000	6.000	3.222	5.111	1.500	2.167

Mean	3.111	3.778	3.395	4.136	2.173	2.565
------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Tabella 5: Statistica descrittiva dolore - età

Il 61,1% possiede una fistola, al contrario il 38,8% ha un catetere venoso centrale. Confrontando il dato dell'accesso con il dolore, emerge che non vi è una significativa differenza statistica (*Pain_Baseline* p-value= 0,98; *Pain_Index_Day* p-value= 0,68; *Pain_Control_Day* p-value= 0,29). Analizzando però l'esperienza personale si evince che il p-value è pari a 0,02 relazionando *Pain_Baseline* e *Pain_Control_Day*.

Tra i giorni *Pain_Index_Day* e *Pain_Control_Day* emerge un risultato statisticamente significativo (p-value= <.001) sia per chi ha una fistola sia per chi è portatore di catetere venoso centrale; ne consegue che in relazione al dolore le medie sono più alte nei giorni in cui l'83,2% dei soggetti sono sottoposti a emodialisi, come si può notare dalla Tabella 6.

	Pain_Baseline		Pain_Index_Day		Pain_Control_Day	
	1	2	1	2	1	2
Median	6.000	6.000	3.444	3.778	1.583	1.500
Mean	3.455	3.429	3.660	3.931	2.025	2.909

Tabella 6: Statistica descrittiva accesso dialisi- dolore

Dall'analisi dei dati è emerso che l'81,4% del campione è sottoposto a seduta emodialitica tre volte a settimana al contrario il 18,5% fa sedute di dialisi due volte a settimana; confrontando la frequenza dialitica con il dolore, si può sostenere che esso

assume una statistica significativa nell'esperienza personale di chi è sottoposto ad emodialisi tre volte a settimana, tra il momento *Pain_Baseline* ed *Pain_Control_Day* (p-value= 0,03); è ancora più significativa tra i *Pain_Index_Day* e *Pain_Control_Day* (p-value= <.001); non vi è statistica significativa invece se comparata l'esperienza dolorosa dei due gruppi (*Pain_Baseline* p-value= 0,86; *Pain_Index_Day* p-value= 0,19; *Pain_Control_Day* p-value= 0,68). Ne consegue che in relazione al dolore le medie sono più alte in chi svolge tre sedute nel momento *Pain_Index_Day*, com'è possibile notare nella tabella 7.

	Pain_Baseline		Pain_Index_Day		Pain_Control_Day	
	2	3	2	3	2	3
N.sedute_dialisi_sett:						
Median	6.000	6.000	2.333	4.222	1.667	1.458
Mean	3.600	3.409	2.856	3.972	2.308	2.383

Tabella 7: Statistica descrittiva N.sedute_dialisi_sett - dolore

Inoltre, ci sono momenti della giornata in cui il dolore si intensifica per il 57,4% dei soggetti; nello specifico tale acuzia si registra al mattino ed alla sera (22,2% in ambo le situazioni), mentre il pomeriggio ed addirittura la notte il dolore sembra essere minore (rispettivamente 18,5% e 9,3% coloro i quali lo dichiarano intensificato).

Successivamente è stato analizzato il dolore sia durante che post dialisi: considerando la prima domanda posta nella scheda socio-anagrafica, il 57,4% dei partecipanti allo studio non provano dolore e il 42,5% sì; mentre per quanto riguarda il dolore post dialisi, è provato dal 33,3% dei soggetti contrariamente al 66,6%. Infine, analizzando lo sconforto provato dai soggetti nel momento in cui provano dolore quest'ultimo è provato dal 64,8% a differenza del 35,1%.

Analizzando i 7 giorni del diario del dolore emerge che i partecipanti alla ricerca il primo giorno provano mediamente più dolore il pomeriggio rispetto alla mattina e alla

sera, contrariamente il secondo giorno il dolore è mediamente più significativo la mattina rispetto alle altre fasi della giornata. Come si evince dal grafico sottostante, il giorno in cui i soggetti provano meno dolore è il giorno 4 in quanto le medie giornaliere sono più basse rispetto alle altre, in particolare il dolore nel pomeriggio in media è pari a 1,9; mentre il giorno in cui i partecipanti provano più dolore è il giorno 5, tanto è vero che la media del dolore la sera è pari a 4,1.

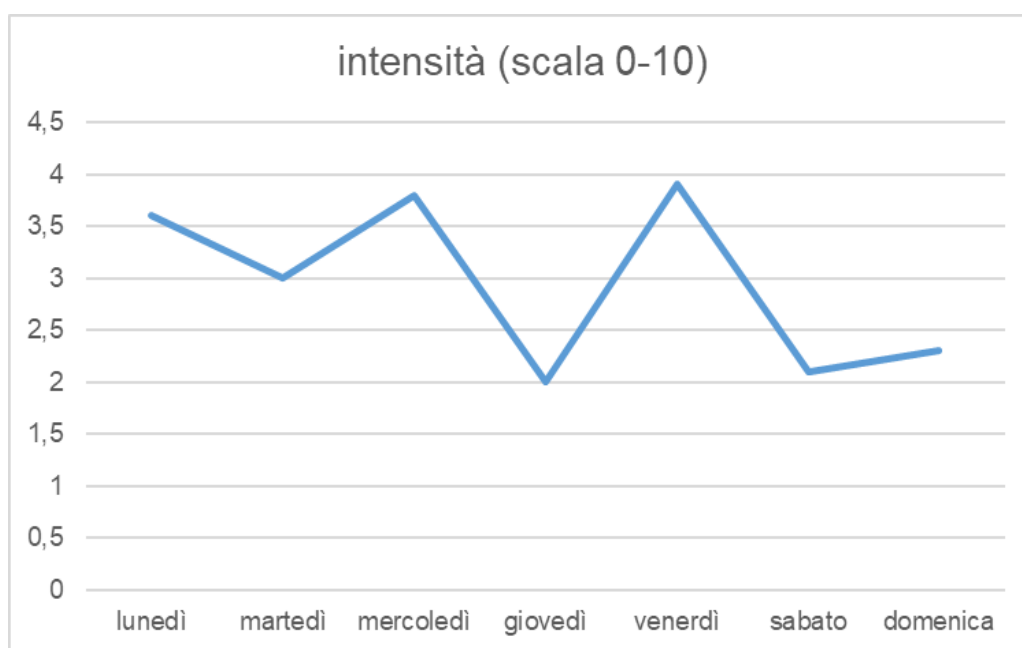


Figura 1: Andamento del dolore nei giorni della settimana (a partire dalle medie del dolore)

Inoltre, rispetto ai giorni di dialisi è emerso che i partecipanti allo studio provano più dolore agli arti inferiori e superiori. Le percentuali rispecchiano quanto sopra riportato, ovvero, la percentuale più bassa di dolore si verifica il giorno quattro, 20,7% arti superiori e 16,7 arti inferiori. Mentre il giorno in cui i soggetti provano più dolore è il giorno cinque, infatti il dolore agli arti superiori è pari al 31,5% e agli arti inferiori al 29,6%.

CAPITOLO 4 - DISCUSSIONE

Dall'analisi dei dati del campione, si evidenzia come il fenomeno dolore sia presente nella popolazione emodializzata affetta da insufficienza renale cronica.

Il dolore non ha un andamento stabile nel corso della giornata e nei giorni ma sembra essere intensificato nei giorni indice quindi nei giorni in cui in media l'83,2% del campione effettua la seduta emodialitica.

Valutando la differenza tra i giorni indice e i giorni di controllo, è possibile affermare che la seduta emodialitica sia efficace nei giorni successivi a migliorare lo stato di salute della persona influenzando positivamente anche le attività quotidiane, la capacità di camminare, l'umore, le relazioni con le altre persone, il sonno e il lavoro, in quanto prendendo in considerazione la letteratura di riferimento, si evidenzia che nei giorni di controllo, in cui in media l'8,3% dei soggetti effettua dialisi, il livello di dolore è minore. Patricia Robert Dos Santos et al. (2021) afferma che il dolore influisce negativamente sulla qualità della vita dei soggetti.

Dallo studio si evince, inoltre, che il dolore sia percepito maggiormente nei giorni della dialisi, ragion per cui è di evidente necessità la creazione di uno strumento che valuti il dolore della persona emodializzata non solo nel momento stesso in cui lo si chiede, ma anche nel momento in cui torna alla propria quotidianità così da avere un quadro più chiaro e definito ed una gestione completa del soggetto.

Nello specifico, durante l'analisi dei dati è emerso che le donne provano più dolore degli uomini; tali risultati presenti nel campione analizzato vanno in accordo con lo studio svolto da Fillingim R. B. et al. "*Sex, Gender and Pain*" nel 2009 in cui si afferma che le donne hanno un rischio maggiore rispetto agli uomini di soffrire di condizioni cliniche causate dal dolore e presentano una maggiore vulnerabilità al dolore.

Prendendo in considerazione la variabile età, dai dati si può affermare che il gruppo over 70 prova un dolore maggiore, soprattutto nei giorni in cui sono sottoposti ad emodialisi, anche se non vi è una rilevanza statisticamente significativa.

Considerando lo studio svolto nel 2021 da Kelly Zhang et al. è anche possibile notare che la persona affetta da malattia renale cronica e sottoposta a emodialisi prova un

dolore severo/moderato in varie attività quotidiane e in sedi ben localizzate come testa, schiena, ossa.

Mentre all'interno di tale ricerca è emerso, come si nota dai dati sopra analizzati, che le zone corporee più colpite sembrano essere gli arti superiori e inferiori e le percentuali aumentano soprattutto nei giorni di dialisi.

Interessante è anche analizzare la percentuale di persone che non sono a conoscenza di ulteriori rimedi farmacologici, infatti quest'ultima è pari al 100%, ciò potrebbe derivare dal fatto che ci sia poca informazione su questo aspetto e, in generale sulla lotta e sul dolore affrontato dai soggetti, infatti analizzando lo studio, sopra citato, di Kelly Zhang et al. è emerso quanto poco sia stato indagato in passato il fenomeno del dolore e quanto poco si parli delle strategie adottate per la sua gestione.

Nella valutazione e presa in carico infermieristica, tenendo conto delle variabili analizzate in relazione al dolore è possibile dichiarare che non vi sono differenze statistiche significative; al fine di poter individuare le persone che per caratteristiche potrebbero andare incontro a maggior sofferenza e lavorare in team perché si prevenga e si tenga monitorato il fenomeno dolore, si potrebbe creare uno strumento adatto alla valutazione approfondita di tali variabili e che riesca a analizzare il dolore non solo nel momento della seduta, ma anche post trattamento.

4.1 Limiti dello studio

Lo studio presenta alcuni limiti: la bassa numerosità del campione per scarsa adesione alla ricerca; l'utilizzo di strumenti quali la scheda socio-anagrafica ed il diario del dolore non validati in letteratura; mancanza di valutazione del dolore nel momento in cui è posta la domanda, al fine dello studio, poteva essere efficace misurare l'intensità del dolore al momento *Pain_Baseline*, per ovviare a tale mancanza, è stato assunto un valore mediano che rappresenta il dolore.

4.2 CONCLUSIONI

Il dolore cronico è un problema che si ripercuote sull'intera vita della persona che ne soffre e sul team di assistenza che si prende cura della persona. Esso è considerato una malattia con conseguenti ricadute in ambito psico-sociale, infatti il 64,8% del campione studiato dichiara di provare sconforto associato all'esperienza dolorosa.

Seppur la tematica del dolore pare abbia preso parecchia considerazione negli ultimi anni, soprattutto in ambito oncologico, ad oggi non esiste uno strumento di valutazione del dolore per le persone emodializzate affette da insufficienza renale cronica, ne consegue una sottostima.

Tenendo conto delle variabili analizzate in relazione al dolore è possibile dichiarare che non vi sono differenze statistiche significative; al fine di poter individuare le persone che per caratteristiche potrebbero andare incontro a maggior sofferenza e lavorare in team perché si prevenga e si tenga monitorato il fenomeno dolore, si potrebbe creare uno strumento adatto alla valutazione approfondita di tali variabili e che riesca a analizzare il dolore non solo nel momento della seduta, ma anche post trattamento.

Obiettivo futuro potrebbe essere la possibilità di definire dei fattori di rischio o di protezione rispetto al dolore, affinché sia possibile una miglior presa in carico e la possibilità di individuare anche in fase precoce, pre-dialisi, i soggetti potenzialmente più a rischio nel provare dolore e sviluppare un piano di assistenza che permetta un maggior prevenzione, controllo, monitoraggio del fenomeno, garantendo una miglior qualità di vita.

Bibliografia

Davison S.N., Rathwell S., Ghosh S., George C., Pfister T., and Dennett L. (2021), The Prevalence and Severity of Chronic Pain in Patients With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis

Davison, S. N., Jhangri, G. S., & Johnson, J. A. (2006). Cross-sectional validity of a modified Edmonton symptom assessment system in dialysis patients: a simple assessment of symptom burden. *Kidney international*, 69(9), 1621-1625.

Dember LM, Susztak K. (2014) Notch ties a knot on fistula maturation. *J Am Soc Nephrol*: 648-650

Dos Santos, P. R., Mendonça, C. R., Hernandez, J. C., Borges, C. C., Barbosa, M. A., de Sousa Romeiro, A. M., ... & Porto, C. C. (2021). Pain in Patients With Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis: A Systematic Review. *Pain Management Nursing*, 22(5), 605-615.

Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL 3rd (2009), Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings *J Pain*: 447-85

Gallacher (2006), Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment, *European Journal of Pain*, Volume 10, Issue 4.

Gerard J. Tortora, Bryan H. Derrickson, & Piccari Giuliani (2011)

Hod T, Patibandla BK, Vin Y, Brown RS, Goldfarb-Rumyantzev AS. (2015), Arteriovenous fistula placement in the elderly: when is the optimal time? *J Am Soc Nephrol*: 448-456

Horigan A, Rocchiccioli J, Trimm D. (2012), Dialysis and Fatigue: Implication for Nurses- A case Study Analysis, *Medsurg Nurs*: 158-175

Kafkia, T., Vehvilainen-Julkunen, K., & Sapountzi-Krepia, D. (2017). Renal patients' quality of life as it is affected by pain. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 1108-1112.

Kelly Zhang at al. (2021), Patients' perspectives of pain in dialysis: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies.

Lavonas EJ, Buchanas J. Hemodialysis for lithium poisoning. *Cochrane Database of Systematic reviews*

Levy J., Brown E., Dalery C., Lawrence A., Edizione italiana a cura di Maurizio Gallieni, direttore Unità Operativa Nefrologia e Dialisi Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo, Milano

Mazzoni, D., Laghi, M., & Cicognani, E. (2013), Qualità della vita e fattori psicosociali nei pazienti con insufficienza renale. *Qualità della vita e fattori psicosociali nei pazienti con insufficienza renale*, 5-27.

Raffaelli, W., Montalti, M., Nicolò, E., (2009). *L'infermieristica del dolore*. Piccin Editore

Rolf-Detlef Treede et al, (2019) Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11)

Allegati

Allegato 1. Tabella stringhe di ricerca (PubMed)

Banca dati	STRINGA DI RICERCA	Articoli reperiti	Articoli selezionati	Titolo articolo selezionato
PUBMED	(pain AND dyalisis) AND (pain AND dyalisis[MeSH Terms])	26	3	<p>T.I.: Patients' perspectives of pain in dialysis: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies</p> <p>T.I.: The Prevalence and Severity of Chronic Pain in Patients With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis</p> <p>T.I.: Pain Management Evaluation in Maintenance Hemodialysis Patients</p>
PUBMED	Scales AND Pain (filtro 5 anni, metanalisi, revisioni sistematiche, inglese)	75	1	<p>T.I.: A systematic review of the pain scales in adults: Which to use?</p>

pubmed	Pain AND kidney disease[MeSH Terms] Filtri: 5 anni, revisioni sistematiche, metanalisi, +19 anni	26	1	T.I.: Pain in Patients With Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis: A Systematic Review
--------	---	----	---	--

ALLEGATO 2 - Tabella descrizione studi inclusi nella revisione.

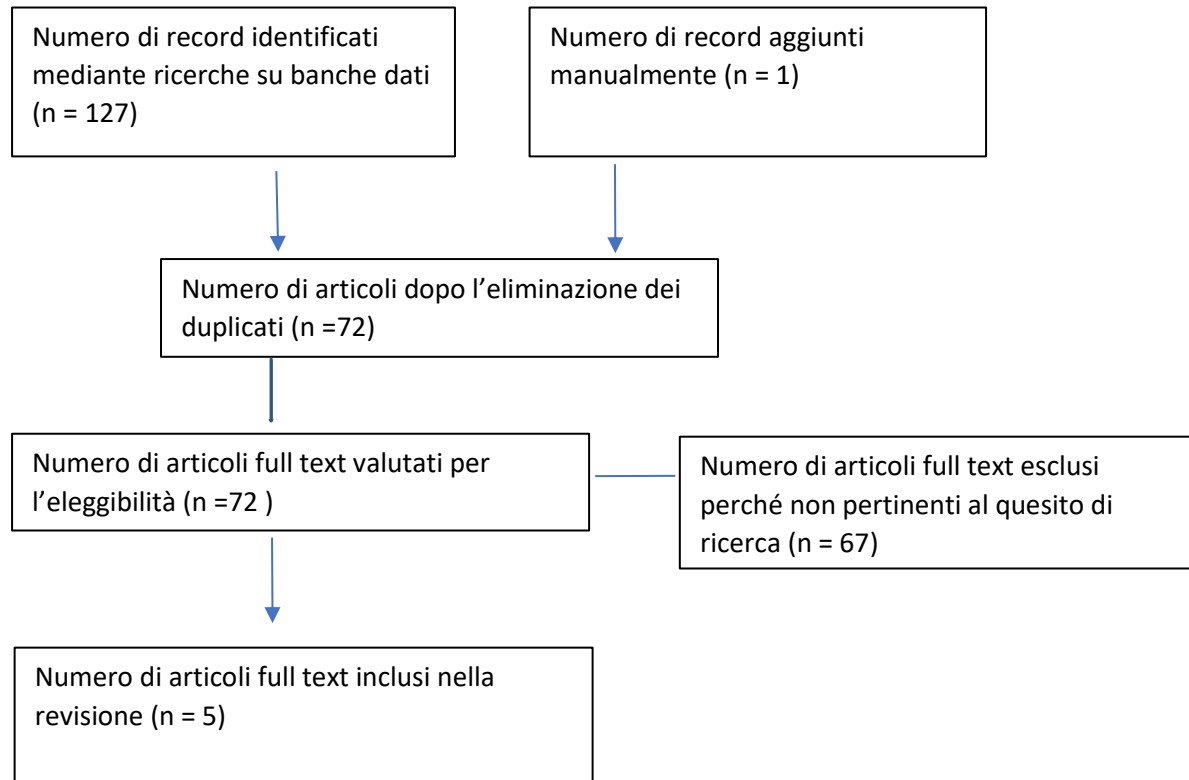
N°	Autore, titolo dell'articolo e anno di pubblicazione	Campione disegno e setting	Obiettivi	Risultati	Conclusioni
1	<p>Patients' perspectives of pain in dialysis: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. (Kelly Zhang at al.) 2021</p>	<p>Revisione sistematica di studi qualitativi. Sono stati inclusi studi fino ad agosto 2019, mediante MEDLINE, Embase, PsycINFO e CINAHL tutti gli studi che comprendessero dolore e pazienti al di sopra dei 18 anni. Sono stati analizzati 60 studi in 14 paesi che hanno coinvolto 1343 partecipanti (1215 riceventi emodialisi e 128 sottoposti a dialisi peritoneale).</p>	<p>L'obiettivo dello studio è di analizzare il fenomeno del dolore e le strategie familiari o di autogestione riguardo ad esso</p>	<p>Sono stati identificati 6 temi: preda di un'agonia onnipresente (drenaggio delle capacità cognitive, esacerbazione di altri sintomi); sofferenza silenziosa (arrendersi all'inevitabile, ignorato o respinto, nascondere i sintomi per proteggere gli altri); paura dell'obiettivo dello studio è di analizzare il fenomeno del dolore e le strategie familiari o di autogestione riguardo ad esso trattamento (resistenza alla cannulazione, evitare la dialisi, ansioso di assistere al dolore); prevenzione della partecipazione alla vita (prevenzione l'adempimento di ruoli di valore, l'esaurimento della volontà di vivere; l'affrontare con l'aiuto della connessione con gli altri (comprensione</p>	<p>Si è scoperto che i pazienti sottoposti a dialisi hanno riportato lotte simili a quelle sperimentate da persone che soffrono di altre malattie croniche, tra cui pensieri depressivi, disabilità, qualità della vita inferiore e limitazioni nella vita lavorativa, familiare e sociale. Dallo studio è emerso quanto sia stato studiato in passato il fenomeno dolore ma quanto poco si parli delle strategie adottate per la gestione di esso.</p>

				<p>condivisa tra i pazienti, confortati e sostenuti dagli altri); e lo sviluppo della consapevolezza, dell'assertività e dell'autostima (vigilanza procedurale, ricerca di strategie per ridurre al minimo il dolore, comprensione corporea e conoscenza delle soglie, pensiero positivo).</p>	
2	<p>The Prevalence and Severity of Chronic Pain in Patients With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis (Sara N. Davison , Sarah Rathwell , Sunita Ghosh, Chelsy George, Ted Pfister, and Liz Dennett) 2021</p>	<p>Revisione sistematica e meta-analisi. Sono stati presi studi interventistici e osservazionali che presentano dati dal 2000 in poi. Criteri di inclusione dei pazienti: Adulti con velocità di filtrazione glomerulare (GFR) di categoria da 3 a 5, inclusi i pazienti in dialisi e quelli trattati in modo</p>	<p>Determinare la prevalenza e la severità del dolore cronico nelle persone affette da insufficienza renale cronica.</p>	<p>Sono stati inclusi 68 studi che hanno coinvolto 16 558 pazienti provenienti da 26 paesi. La prevalenza media del dolore cronico nei pazienti emodializzati è stata del 60,5% e la prevalenza media di dolore moderato o grave è stata del 43,6%. Sebbene limitati, i dati sulla prevalenza del dolore nei pazienti sottoposti a dialisi peritoneale (35,9%), nei pazienti trattati con cautela senza dialisi (59,8%), nei pazienti sottoposti a sospensione dalla dialisi (39,2%), e nei pazienti con CKD di prima categoria GFR (61,2%) suggeriscono</p>	<p>Il dolore cronico è comune e spesso grave in diverse popolazioni che soffrono di insufficienza renale cronica, il che rende imperativo stabilire la gestione del dolore cronico una priorità clinica e di ricerca. La ricerca futura deve puntare ad una migliore comprensione dei determinanti del dolore cronico e alla valutazione dell'efficacia delle strategie di gestione del dolore, con particolare attenzione agli esiti del paziente come il carico sintomatico complessivo, la funzione fisica e la qualità della vita. L'attuale variabilità delle misure di esito utilizzate per valutare il dolore limita la capacità di raccogliere dati o di effettuare confronti tra studi, il che ostacolerà future valutazioni dell'efficacia e dell'efficacia dei trattamenti.</p>

		conservativo senza dialisi. Misurazioni: I dati estratti includono titolo, primo autore, design, paese, anno di raccolta dei dati, anno di pubblicazione, età media, stadio di CKD, prevalenza del dolore e gravità del dolore.		tassi di prevalenza simili elevati.	
3	Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11) (Rolf-Detlef Treede at al,) 2019	revisione sistematica del dolore	L'obiettivo dello studio consiste nella classificazione del dolore cronico e definizione di esso come sintomo o come malattia.	È stata costituita una task force per la classificazione del dolore cronico reclutando esperti del dolore da tutto il mondo, sollecitando raccomandazioni da parte di IASP. I copresidenti della Task Force (WR e R.-D.T.) erano in contatto regolare con i rappresentanti dell'OMS. La struttura complessiva della classificazione del dolore cronico è stata sviluppata dal consenso di gruppo al primo incontro faccia a faccia e da	Il dolore cronico è definito come dolore che persiste o si ripresenta per più di 3 mesi. Nelle sindromi dolorose croniche, il dolore può essere l'unico o il principale disturbo e richiede un trattamento e cure speciali. In condizioni quali la fibromialgia o lombalgia aspecifica, il dolore cronico può essere considerato una malattia a sé stante; nella proposta dello studio, questo sottogruppo viene definito «dolore cronico primario. » In altri 6 sottogruppi, il dolore è secondario ad una malattia di base: dolore cronico correlato al cancro, dolore cronico dolore neuropatico, dolore viscerale secondario cronico, dolore post-traumatico e post-chirurgico, cefalea cronica secondaria e dolore orofacciale e dolore muscoloscheletrico cronico secondario. Queste condizioni sono riassunte come «dolore cronico secondario», dove il dolore può almeno inizialmente essere concepito come un sintomo. L'applicazione di tali codici nell'undicesima edizione della Classificazione

				<p>conferenze telefoniche plenarie. Successivamente, i sottoargomenti sono stati assegnati a 7 team di autori minori moderati da A.B.; le sovrapposizioni tra argomenti secondari (ad es. dolore neuropatico cronico dopo il trattamento del cancro) sono state risolte tramite e-mail e conferenze telefoniche e definizioni stabilite per consenso tra i team interessati e sono state specificate linee guida per la classificazione in campi sovrapposti.</p>	<p>internazionale delle malattie porterà ad un miglioramento della classificazione e della codifica diagnostica, favorendo così il riconoscimento del dolore cronico come condizione di salute a sé stante.</p>
--	--	--	--	---	---

4	<p>Pain in Patients With Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis: A Systematic Review (Patrícia Roberta Dos Santos et al.) 2021</p>	<p>Revisione sistematica. E' stata effettuata la ricerca degli articoli pubblicati fino a dicembre 2020, comprese le pubblicazioni in portoghese, inglese e spagnolo negli ultimi 15 anni (2005-2020), utilizzando Embase, SciELO, PubMed e database Web of Science.</p>	<p>Valutare la presenza del dolore, la sua localizzazione, intensità ed effetti sulle attività quotidiane dei pazienti con malattia renale cronica (CKD) in emodialisi (HD).</p>	<p>C'è un'alta prevalenza di dolore nei pazienti con insufficienza renale cronica in HD. Le sedi di dolore più frequenti sono la testa, la schiena, le ossa, il torace e gli arti superiori e inferiori. Vi è anche la presenza di dolore acuto, cronico, neuropatico e mialgia riportato negli studi. Inoltre, è presente una maggiore frequenza di dolore moderato e severo, che ha influenzato le attività quotidiane, la capacità di camminare, l'umore, le relazioni con le altre persone, il sonno e il lavoro pazienti in dialisi.</p>	<p>Dagli studi osservazionali presi in esame si evince l'importanza della gestione e il bisogno di prendere in considerazione il parametro dolore nei centri di emodialisi, in quanto la persona affetta da cdk e sottoposta a emodialisi prova un dolore severo/moderato in varie attività quotidiane e in sedi ben localizzate come testa, schiena, ossa.</p>
---	--	--	--	---	---



Allegato 3

Diario del dolore

IL MIO DIARIO DEL DOLORE: GIORNO 1					
ORE [mattina, pomeriggio, sera, altro...]	DOLORE (DA 0 A 10)	CHE TIPO DI DOLORE PROVA?	FARMA CI E DOSAG GIO	IN CHE ZONA DEL CORPO INDIVIDUA IL DOLORE? [testa, arti superiori, arti inferiori, torace, schiena, altro (specificare dove)]	LA TERAPIA HA MIGLIORATO IL DOLORE? SI / NO
MATTINA					
SERA					

Allegato 4

SCHEDA N. 1						
<p>In quanto partecipante di una ricerca sul Dolore nel Corso di Laurea in Infermieristica la metto a conoscenza del fatto che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ogni partecipante è libero di chiedere chiarimenti sulla procedura di raccolta dati e su qualsiasi aspetto della ricerca; - le informazioni fornite verranno utilizzate unicamente a fini didattici e scientifici; - verrà garantita la privacy dell'intervistato, eliminando dai materiali della ricerca tutti i riferimenti a persone e luoghi che possano rendere riconoscibile l'intervistato 						
Acconsento				Non acconsento		
Data di nascita						
Sesso	F	M				
Stato civile	Celibe/Nubile	Coniugato/a	Separato/a	Divorziato/a	Vedovo/a	Convivente
Ha figli?	Si	No				
Condizione	Autonoma	Dipendente	Caregiver	caregiver formale o informale		
					da quanto tempo è in dialisi	

Da quanti anni è in dialisi?	1	2	Più di 5	Più di 10		
Quante volte a settimana fa dialisi?	1	2	3	4	Tipologia dialisi?	
Patologie concomitanti:	Ipertensione	Si	No			
	Diabete	Si	No			
	Malattia autoimmune	Si	No	altro		
Assume farmaci?	Si	No				
Quanti farmaci?	1	2	3	4	Più di 4	
Assume antidolorifici?	Si	No				
Se sì, con quale		2 volte al				

frequenza giornaliera?	1 volta al giorno	giorno	3 volte al giorno	Più di 3 volte al giorno	
Ricorre all'assunzione e di antidolorifici al bisogno?	Si	No			
Conosce rimedi non farmacologici per il dolore?	Si	No			
Ricorre a terapie o interventi non farmacologici per il dolore?	Si	No			
Se sì, con quale frequenza?					
Ci sono momenti della giornata in cui il dolore si intensifica?	Si	No			
Durante la dialisi prova dolore?	Si	No			

Dopo la dialisi prova dolore?	Si	No			
Cosa intensifica il dolore?					
Le capita di provare sconforto quando ha dolore?	Si	No			
Svolge attività fisica?	Si	No			
Se sì con quale frequenza?	1 volta a settimana	2 volte a settimana	3 volte a settimana	Più di 3 volte a settimana	
E di che tipo?					

Metta una X dove
sente il dolore più
frequentemente

