



Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

La consapevolezza degli infermieri sul dolore procedurale nel paziente terminale: uno studio osservazionale-descrittivo

Relatrice: **Dott.ssa Cavarzeran Giovanna**

Laureanda: **Gottardi Marta**

Matricola: **2014126**

ANNO ACCADEMICO **2022/2023**

ABSTRACT

Introduzione: Le cure palliative, a differenza delle cure attive, si pongono l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del paziente terminale. Il paziente terminale dovrebbe essere seguito in una struttura ad hoc con un'equipe adeguatamente formata allo scopo. Ancora oggi, i malati in fin di vita sono sottoposti a procedure stressanti, dolorose e inefficaci. La letteratura rileva che gli infermieri si trovano spesso in difficoltà nel gestire terapie dolorose in un paziente terminale per motivi pratici ma anche etici.

Materiali e Metodi: Lo scopo di questo studio è osservare, tramite un questionario auto-valutativo, l'azione degli infermieri nell'AULSS 7 Pedemontana nel gestire il dolore episodico correlato alle procedure effettuate sui pazienti terminali in contesti di cure palliative e di cure attive. Si sono cercati in letteratura, tramite PubMed e Google Scholar, dei questionari adatti all'indagine. Il Pain Management Self-Efficacy Questionnaire e il Professional-Competence del CCICP sono stati ritenuti adeguati e debitamente modificati ottenendo 16 item in scala Likert e due domande aperte.

Risultati: Il questionario, anonimo e somministrato su base volontaria, è stato compilato da 72 infermieri operanti all'interno dell'AULSS 7 Pedemontana successivamente divisi in due gruppi da 36 soggetti: uno operante nel campo delle cure palliative (A) e uno in ambito ospedaliero (B). Nel gruppo A è composto da infermieri che lavorano in reparti di geriatria e medicina generale nell'ospedale di Santorso dell'AULSS 7, mentre il B da infermieri operanti in Hospice e in ADI della stessa AULSS. I dati sono stati analizzati per quantità e qualità. Dall'analisi quantitativa è emersa la complessiva sicurezza degli infermieri nella gestione del dolore procedurale nel paziente terminale, soprattutto tra gli infermieri operanti nell'ambito delle cure palliative. Entrambi i gruppi si sentono meno efficaci quando operano in autonomia per gestire il BTP del paziente terminale rispetto a quando interagiscono con il medico, sia in caso di prescrizione sia in caso di comunicazione dei bisogni del paziente. Gli infermieri di cure palliative si sentono maggiormente in grado di discutere con il medico di procedure ritenute superflue, nonché di tutelare la dignità, la volontà e l'autonomia del paziente rispetto agli infermieri ospedalieri.

Dall'analisi qualitativa risulta che la procedura ritenuta maggiormente stressante e dolorosa sia l'artero-venipuntura che risulta, però, essere anche quella maggiormente svolta in contesti ospedalieri e quella ritenuta come inutile fonte di stress dagli infermieri. Le cure palliative, invece, le procedure svolte sono considerate dall'80% dei compilatori utili e non dolorose.

Discussione e Conclusioni: Sulla base dei risultati è emerso che gli infermieri si sentono più sicuri nelle attività in cui presente un medico rispetto a un contesto di autonomia decisionale rivelando la difficoltà per l'infermiere della presa in carico del paziente nella sua totalità. Questa ricerca potrebbe essere utile per la formazione dei futuri infermieri da integrare con corsi di aggiornamento per migliorare le abilità di approccio dei professionisti al paziente terminale soprattutto in ambito ospedaliero per una professionalità più consapevole. Lo strumento d'indagine non è validato ma potrebbe essere perfezionato, ed esteso ad un campione più ampio, inoltre potrebbe essere chiesto un riscontro da parte dei pazienti se sentono che il loro dolore viene effettivamente considerato.

Parole chiave:

Dolore procedurale, Breakthrough Pain, Procedure sul paziente terminale, Cure palliative, Questionario auto valutativo, Difficoltà nell'assistenza infermieristica, Gestione infermieristica del paziente terminale.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care, unlike active care, aims to improve the quality of life of the terminal patient. The terminally ill patient should be followed in an ad hoc facility with a team adequately trained for this purpose. Even today, terminally ill patients are subjected to stressful, painful and ineffective procedures. The literature notes that nurses are often in difficulty in managing painful therapies for terminally ill patients for practical, but also ethical reasons.

Materials and Methods: The aim of this study is to observe, by means of a self-assessment questionnaire, the action of the nurses in the AULSS 7 Pedemontana in managing episodic pain related to procedures performed on terminal patients in palliative care settings and active care. A literature search was conducted via PubMed and Google Scholar to find questionnaires suitable for this purpose. The Pain Management Self-Efficacy Questionnaire and the Professional-Competence of the CCICP were deemed appropriate and modified accordingly, resulting in 16 Likert-scale items and two open-ended questions.

Results: The questionnaire, anonymous and administered on a voluntary basis, was filled in by 72 nurses working within AULSS 7 Pedemontana, subsequently divided into two groups of 36 subjects: one working in the field of palliative care (A) and one in the hospital setting (B). Group A is made up of nurses working in geriatrics and general medicine wards in the Santorso hospital of AULSS 7, while group B is made up of nurses working in hospice and ADI of the same AULSS. The data were analysed for quantity and quality. The quantitative analysis revealed the overall confidence of nurses in the management of procedural pain in terminal patients, especially among nurses working in palliative care. Both groups felt less effective when working independently to manage the BTP of the terminal patient than when interacting with the physician, both when prescribing and communicating the patient's needs. Palliative care nurses feel more able to discuss with the doctor about procedures considered unnecessary and to protect the patient's dignity, will and autonomy compared to hospital nurses. The qualitative analysis shows that the procedure considered to be the most stressful and painful was arteriovenous puncture, which, however, was also the one most frequently performed in hospital

settings and the one considered to be unnecessary and a source of stress by nurses. In palliative care facilities, on the other hand, the procedures performed were considered to be useful and not painful by 80% of the respondents.

Discussion and Conclusions: Based on the results, it was found that nurses feel safer in activities in which a physician is present than in a context of autonomous decision-making, revealing the difficulty for the nurse of taking care of the patient as a whole. This research could be useful for the training of future nurses, to be integrated with updating courses in order to improve the skills of professionals in their approach to the terminal patient, especially in the hospital environment for a more aware professionalism. The survey instrument is not validated but could be improved and extended to a broader sample, and patients could also be asked for feedback on whether they feel that their pain is being effectively considered.

Keywords:

Procedural pain, Breakthrough pain, Procedures in terminally ill patients, Palliative care, Self-assessment questionnaire, Difficulties in nursing, Nursing management of terminally ill patients.

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	1
2. QUADRO TEORICO	3
2.1 Le Cure Palliative.....	3
2.2 L'individuazione del paziente terminale.....	7
2.3 Il contesto delle Cure Palliative nell'ULSS 7 Pedemontana	8
2.4 Il ruolo dell'Infermiere nei confronti del paziente terminale	9
2.5 Il dolore procedurale	11
3. MATERIALI E METODI	15
3.1 Scopo	15
3.2 Campione	17
3.3 Strumento rilevazione dati.....	18
3.4 Procedura e periodo di somministrazione.....	18
3.5 Metodo	19
4. RISULTATI.....	21
4.1 Analisi del campione	21
4.2 Analisi quantitativa dei dati raccolti	22
4.3 Differenze fra i due gruppi	24
4.4 Analisi quantitativa della differenza tra i due gruppi.....	25
4.5 Analisi qualitativa.....	29
5. DISCUSSIONE.....	35
5.1 Discussione risultati quantitativi	35
5.2 Discussione risultati qualitativi	38
5.3 Implicazioni per la pratica	39
5.4 Limiti	40
6. CONCLUSIONI	43
BIBLIOGRAFIA	45
NORMATIVE E DOCUMENTI.....	51
ALLEGATI.....	53

1. INTRODUZIONE

L'interesse per l'argomento affrontato durante la tesi nasce da alcune considerazioni maturate durante le mie diverse esperienze di tirocinio.

Nel percorso triennale mi sono interfacciata più volte con la morte in contesti domiciliari, ospedalieri e in ambienti dedicati come l'hospice.

Questo mi ha dato modo di toccare con mano, attraverso l'osservazione del lavoro di più infermieri dalla sensibilità e dalle professionalità diverse, le molteplici possibilità di approccio al paziente terminale.

Prima di ogni procedura terapeutica o diagnostica su un paziente terminale, mi chiedevo se fosse strettamente necessario sottoporlo a un'ulteriore fonte di stress o, più precisamente, se ne avrebbe tratto effettivo beneficio.

Inoltre mi chiedevo se anche gli infermieri avessero gli stessi timori e si ponessero le stesse domande.

Le procedure invasive nelle cure palliative sono raramente attuate in quanto l'obiettivo principale è quello di migliorare la qualità di vita dei pazienti in fase terminale per questo motivo vengono evitate se non ritenute strettamente necessarie.

Alcuni interventi, ritenuti minimamente invasivi, riguardanti solitamente l'assistenza quotidiana come la mobilizzazione, l'igiene personale, le medicazioni delle ulcere, vengono comunque messi in atto.

Anche nelle cure palliative, vengono comunemente prescritti esami che necessitano di procedure per fini diagnostici e terapeutici anche se questi potrebbero provocare stress e dolore (Czarnecki, 2011).

Questa indagine osservativa ha lo scopo di indagare l'attenzione e la considerazione del fenomeno del dolore procedurale su un campione di infermieri dell'AULSS 7 Pedemontana tramite un questionario autovalutativo.

Ai fini di raggiungere questo obiettivo è stata consultata la letteratura scientifica per individuare il problema, per avere un quadro teorico chiaro, stendere il questionario, e poterlo somministrare successivamente all'autorizzazione dei contesti presi in studio.

Il questionario somministrato si ispira al Pain Management Self-Efficacy Questionnaire (Macindo, 2018) e al Professional-Competence del Core Curriculum Infermieristico in cure palliative (Prandi et al., 2015), traducendoli in italiano e

adattandoli all'argomento della tesi, integrandoli con domande aggiuntive relative all'obiettivo dello studio.

Il paziente in cure palliative non è presente solo nel contesto dell'hospice e a domicilio, ma anche in contesti ospedalieri, pertanto lo studio è stato esteso in diverse realtà quali l'Hospice Casa Gerosa (Distretto 1), Opera Immacolata Concezione di Thiene (Distretto 2), nel reparto di Medicina generale 3, di Geriatria nell'ospedale del distretto 2 di Santorso e infine nel servizio di assistenza domiciliare integrata del distretto 2 che coinvolge 5 zone (Schio, Malo, Zugliano, Thiene, Piovene).

Diversi contesti e metodi d'approccio, che si basano sugli obiettivi differenti che l'equipe vuole raggiungere, hanno permesso allo studio di proseguire indagando anche la consapevolezza degli infermieri presi in analisi nei diversi gruppi di lavoro.

La tesi non si ferma solo a questo, ma si propone come un'opportunità di autocritica per i professionisti che hanno deciso, nella frenesia delle loro attività, di aderire alla compilazione del questionario nella speranza che possa portare a riflessioni di progresso e miglioramento personale.

2. QUADRO TEORICO

2.1 Le Cure Palliative

La popolazione mondiale è sempre più longeva. Questo trend positivo, che ha caratterizzato gli ultimi decenni, può essere imputato ad una dieta migliore e più variata, a progetti per la salute pubblica, a un miglioramento delle condizioni abitative e all'avvento di terapie innovative per il trattamento delle patologie più comuni (Cutler et al., 2006).

Questo porta con sé il conseguente aumento dell'età media di sopravvivenza anche se raramente gli ultimi anni di vita sono vissuti in buona salute.

L'Italia si colloca tra i primi posti in Europa per quanto riguarda l'aspettativa di vita, ma sotto la media europea per quanto riguarda gli anni vissuti in buona salute. Un recente studio ha affermato che nel 2030 un italiano vivrà in media 85,6 anni ma che solo 55 anni di questi saranno vissuti in buona salute a causa dell'aumento delle patologie croniche (The European House - Ambrosetti, 2020).

Pazienti con patologie croniche richiedono un tipo di assistenza specifica non improntata sulla diagnosi e cura, ma sul mantenimento di uno stile di vita migliore possibile (Venturiero et al., 2000).

Tale affermazione coincide negli obiettivi con la definizione di Cure Palliative (CP), sviluppata nel 1990 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in cui esse sono descritte come: "L'assistenza globale (care), attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponde ai trattamenti curativi (cure). È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle CP è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia" (World Health Organization, 1990). Inoltre il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005, nell'allegato 1 Parte Seconda nella sezione in cui tratta del tema delle cure palliative, precisa che "la fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica, ma rappresenta una costante della fase finale di vita di persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico [...]" (Decreto del Presidente della Repubblica, 2003)

Le cure palliative permettono la valutazione precoce della sofferenza psicosociale, spirituale e fisica così da intervenire per prevenire e migliorare la qualità di vita del paziente e della sua famiglia (Sepulveda et al., 2002).

Ciò che caratterizza questa tipologia di medicina è l'obiettivo di "curare anche quando non si può guarire" (Malquarti et al., 2020).

Le CP si propongono per convalidare il valore della vita senza ignorare l'evento certo della morte rispettando il paziente preso in carico e la sua famiglia senza la pretesa di anticipare o posticipare il momento del decesso. (Saiani et al., 2013).

Per quanto riguarda il panorama italiano, una delle prime leggi promulgate in ambito delle cure palliative è la Legge n.39 del 1990 che ha dato il via in Italia alla programmazione di assistenza domiciliare dei pazienti terminali e ha concretizzato il progetto degli hospice.

Il diritto di accesso alle CP e al trattamento del dolore (TD) è però stato sancito in un modo universalistico e globale solo molti anni dopo, attraverso la Legge n. 38 del 2010, dal titolo "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore".

Con questa identifica le Reti Regionale e Locali fondamentali per l'accesso alla TD, accreditando le cure pediatriche e programmi le cure palliative negli hospice e a domicilio iniziato nel 1990 (Ministero della Salute, 2021).

Con il DPCM del 12 gennaio 2017, sono stati definiti e aggiornati i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), completando il quadro dei provvedimenti di CP e TD.

All'articolo 23, nel paragrafo che tratta delle cure palliative domiciliari, sono stati individuati due livelli di intensità assistenziale in base alla complessità clinica, per permettere l'individuazione del percorso più coerente ai bisogni del soggetto:

Livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, che garantiscono un approccio palliativo attraverso il controllo dei sintomi e un'adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati in funzione della complessità clinica e del progetto di assistenza individuale;

Livello specialistico: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli

interventi di base sono inadeguati e richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale e la pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.”

Il servizio di cure domiciliari palliative permette quindi l'integrazione tra medici di medicina generale e di medicina palliativa, con l'integrazione di altre figure come infermieri e operatori socio-sanitari, procedendo dai percorsi più semplici a quelli più complessi.

Oltre al livello di base e quello specialistico, sono previste anche le Cure Palliative precoci e simultanee destinate al paziente oncologico. Le cure simultanee rappresentano un modello organizzativo che progetta di avere una completa presa in carico del malato, integrando in modo graduale e progressivo le Terapie Oncologiche e Cure Palliative in vista del fatto che la guarigione del paziente non sia più l'obiettivo principale. (AIOM-SICP, 2015).

I servizi di assistenza offerti nella fase terminale, come abbiamo visto, possono essere erogati in diversi setting: a domicilio, in ospedale, ma anche presso strutture residenziali.

L'hospice, la principale struttura residenziale dedicata all'assistenza palliativa, è di supporto nei casi in cui non sia possibile la permanenza dei pazienti nel loro domicilio.

Pertanto l'hospice non si configura come un luogo destinato semplicemente all'assistenza terminale di un'unica tipologia di pazienti con i medesimi bisogni e problematiche, ma una struttura in cui viene offerto un servizio multidisciplinare integrato (Ministero della Salute, 2017).

La Regione Veneto, nella delibera di Giunta regionale del 30/04/2018 precisa, comunque, che: “L'accoglienza in hospice non ha carattere sostitutivo delle cure domiciliari, che abitualmente sono la modalità di assistenza più accessibile e appropriata rispetto ai desideri e alle condizioni dei malati, né supplisce ai ricoveri ospedalieri, che vanno offerti qualora si rendessero necessari.” (DGR nr. 553 del 30 aprile 2018.)

Nello stesso anno, è stato presentato al Parlamento il rapporto sullo stato di attuazione della legge 38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” che rileva traguardi e criticità riguardanti le cure palliative negli anni 2015-2017. Dal resoconto svolto, complessivamente è emerso che i traguardi in corso di raggiungimento sono “un lento e progressivo miglioramento della qualità delle cure, una crescita l’offerta assistenziale nei regimi domiciliare e residenziale e un progressivo sviluppo delle Reti Regionali e Locali sia di cure palliative sia di terapia del dolore”. Per quanto riguarda le criticità a livello generale, si sono rilevate “forti disomogeneità a livello regionale e locale”. Più in particolare, è emersa un’area problematica riguardante le cure ai malati sempre più anziani affetti da patologie cronico-degenerative in fase avanzata o terminale che vengono spesso erogate in modo frammentario e non coordinato, con ripetute ospedalizzazioni che comportano insoddisfazione nel paziente preso in carico e nei suoi familiari. Oltre a ciò, si è riscontrato che frequenti ricoveri, il ricorso alla Terapia Intensiva, l’attuazione di procedure diagnostiche e messa in atto di interventi inopportuni e stressanti alimentano i costi a carico del Sistema Sanitario. Altro ambito problematico emerso riguarda l’assistenza palliativa domiciliare: l’entità dell’assistenza offerta risulta molto inferiore al fabbisogno programmato sia per quanto riguarda il livello base che per quello specialistico.

In questo resoconto, è emerso, inoltre, che in Italia, a causa dello scarso sviluppo di alternative prestate dalle Reti Locali di Cure Palliative, la mortalità in ospedale sia tuttora elevata. (Ministero della Salute, 2010)

In 26 studi condotti in 13 Paesi differenti è stata rilevata la preferenza di morire a casa per il più della metà dei partecipanti; ciononostante si è potuto constatare che questo desiderio non viene soddisfatto nella gran parte dei casi. (Broad et al., 2013; Yun et al., 2006)

Questi dati hanno destato preoccupazione, in quanto si è rilevato che numerosi ricoveri ospedalieri fossero inappropriati per la gravità delle condizioni cliniche dei pazienti e che venivano messi in atto trattamenti aggressivi poco prima della morte diminuendo la qualità di vita dei degenti. (Teno et al., 2013; Wright et al., 2010).

Uno studio ha indagato anche sulle correlazioni tra caratteristiche cliniche, socio demografiche e di disponibilità dell’assistenza sanitaria e i luoghi dove muore la

maggior parte della popolazione, ma questo è rimasta una questione irrisolta, il che suggerisce che altri fattori, potenzialmente correlati alla politica di assistenza di fine vita, hanno un ruolo influenza importante su dove le persone muoiono. (Pivodic et al., 2015).

2.2 L'individuazione del paziente terminale

Vari studi hanno dimostrato che la precocità di individuazione al bisogno di cure palliative nel paziente può migliorare la qualità di vita.

Il beneficio apportato dalla corretta e pronta identificazione dello stato terminale del paziente, oltre a infliggere all'assistito e ai familiari un minor carico di stress, riduce drasticamente i ricoveri e gli accessi al Pronto Soccorso dove spesso sui pazienti possono essere eseguiti accertamenti futili e disagiati, gravando sui costi affrontati dalla Sanità.(Murray et al., 2017).

Nelle malattie terminali il paziente è destinato ad un declino fisico; ne conseguono necessità specifiche non solo medico-sanitarie ma di carattere spirituale, sociale ed emotivo.

Il rischio nel quale si potrebbe incorrere è una tardiva o mancata identificazione del bisogno del paziente di cure palliative a spese del paziente e del suo nucleo familiare. (Gott et al., 2011, 2012; Gardiner et al., 2011)

Pertanto, è essenziale che il Medico di Medicina Generale abbia un valido strumento che gli permetta di riconoscere la terminalità del paziente e procedere così all'avvio di un percorso che corrisponda alle sue necessità.

Ci sono diversi metodi di valutazione validati a livello internazionale per individuare il bisogno di cure palliative (Calsina-Berna et al., 2022).

Quello utilizzato nella Regione Veneto è il NECPAL CCOMS-ICO TOOL come indicato nella DGR 533/2018.

Esso può essere somministrato non solo ai pazienti con il cancro, ma a tutti i pazienti con patologie croniche avanzate.

Il metodo NECPAL si avvia con la domanda sorprendente ovvero: "Saresti sorpreso se questo malato morisse entro 12 mesi?". Se la risposta è negativa, il test ha esito positivo. Si prendono poi in considerazione i criteri generali di peggioramento del paziente e quelli specifici per la malattia da cui è affetto.

Dopo aver identificato il paziente come bisognoso di cure palliative, il medico di medicina generale o quello ospedaliero segnalano la situazione alla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) per avviare il percorso di presa in carico.

Una volta eseguito questo passaggio, avviene una valutazione multidimensionale distrettuale, effettuata da un'equipe multidisciplinare, per definire un piano di assistenza individualizzato per capire se procedere con le cure palliative di base, specialistiche o simultanee. (Regione Veneto, 2018).

2.3 Il contesto delle Cure Palliative nell'ULSS 7 Pedemontana

L'Azienda Sanitaria U.L.S.S. n.7 Pedemontana nasce, per disposizione della Legge Regionale n.19 del 2016, dall'unione di due precedenti Aziende Sanitarie: la n. 3 di Bassano del Grappa e la n. 4 dell'Alto Vicentino.

Attualmente l'azienda offre diverse prestazioni e si articola in:

- Presidio Ospedaliero di rete San Bassiano
- Presidio Ospedaliero di rete Alto Vicentino
- Ospedale nodo di Rete con specificità montana Asiago
- Distretto 1 Bassano
- Distretto 2 Alto Vicentino
- Dipartimento di Prevenzione.

Gli hospice presenti nell'AULSS7 sono due: l'"Opera Immacolata Concezione" a Thiene per il Distretto 2 e "Casa Gerosa" a Bassano del Grappa per il Distretto 1. L'ingresso in questo servizio residenziale è programmato, in base all'inserimento in una lista d'attesa, previo consenso del paziente alla partecipazione ad un programma di cure palliative. Il medico ospedaliero o il Medico di Medicina Generale (MMG), in seguito all'analisi dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), valuta le necessità del malato, integrando nel Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) l'ingresso in hospice. Non è previsto alcun onere economico durante la degenza e l'eventuale dimissione è possibile nel caso in cui siano stati raggiunti gli obiettivi prefissati nel PAI.

Il Servizio di cure palliative domiciliari è presente nel Distretto 1 e nel Distretto 2 ed è erogato dai Nuclei di Cure Palliative che sono rappresentati da equipe

multidisciplinari costituite da medici specialistici, infermieri, psicologi come indicato nella Carta dei Servizi dell'Unità Operativa di Cure Palliative.

Allo stato attuale, nel territorio che ricopre la vasta area della Pedemontana sono però presenti solo due medici palliativisti, una psicologa e due infermieri.

L'erogazione dell'assistenza a domicilio viene infatti svolta con l'integrazione degli infermieri dell'assistenza domiciliare (ADI) che partecipano attivamente agli UVMD e al soddisfacimento e individuazione dei bisogni del paziente terminale. L'infermiere del nucleo di cure palliative, invece, si occupa della programmazione del servizio prestando assistenza per via telefonica dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 15:30. (UOC Cure Palliative ULSS 7 Pedemontana, 2023).

2.4 Il ruolo dell'Infermiere nei confronti del paziente terminale

L'infermiere che lavora con pazienti terminali non può limitarsi ad essere abile nello svolgimento delle procedure o avere padronanza delle conoscenze teoriche.

La competenza pratica e teorica dovrebbe essere affiancata a una crescita individuale arricchita da valori etici.

I principi a cui l'equipe delle cure palliative fa riferimento riguardano il rispetto della vita, libertà e dignità che vanno diversificate da persona a persona e contestualizzate nella loro unicità, perciò rientra nei doveri dell'infermiere, per quanto sia nelle sue possibilità, sollevare dalla sofferenza dell'inguaribilità della patologia e delle conseguenze che porta con sé i pazienti e la famiglia (Prandi et al., 2018).

La competenza dell'equipe multidisciplinare che lavora nell'ambito delle cure palliative non esime il resto dei colleghi a individualizzare gli interventi di cura in base ai bisogni del proprio paziente.

L'infermiere, indipendentemente dal contesto in cui lavora, ha il dovere di pianificare i propri interventi partendo dai bisogni della persona assistita formulando relativi obiettivi (D.M. 739/1994, art. 1 comma 3), pertanto ogni infermiere iscritto all'albo ha dei doveri nei confronti dei propri pazienti indipendentemente dal contesto lavorativo in cui essi sono inseriti.

Nel Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009, sono presenti delle responsabilità di cui il professionista si prende carico per la cura ottimale del paziente.

Tra i vari articoli del Codice Deontologico si ritiene interessante estrarne alcuni sui quali si fondano le ipotesi per l'inizio dello studio: (Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, 2009)

6: l'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione;

34: l'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari;

35: l'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale;

36: l'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita;

37: l'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

I risultati ottenuti dallo studio di McCourt et al. nel 2013 hanno evidenziato l'insoddisfazione del personale infermieristico nel mancato coinvolgimento decisionale su aspetti clinici e terapeutici principalmente da parte dei medici.

Oltre al senso di frustrazione per uno scarso riconoscimento, gli infermieri hanno riferito di sentire un certo grado di responsabilità dato il frequente contatto con il paziente e ciò potrebbe permettere loro di individuare efficacemente i bisogni dell'assistito e della sua famiglia.

Questo, a detta degli infermieri, non viene valorizzato e si sentono raramente interpellati dal resto dell'equipe che prende le decisioni in merito alle singole situazioni spesso solo in base alla casistica.

Inoltre la medesima analisi ha messo in luce che negli ambiti ospedalieri vengono utilizzati i classici metodi invasivi che sui malati terminali non hanno alcuna efficacia dal punto di vista clinico e scientifico, ribadendo che gli approcci specifici sono maggiormente adeguati.

Un'altra criticità emersa da questa revisione è la frenesia delle corsie per i pazienti acuti che non permette di dedicare il tempo necessario a familiari e paziente per una comunicazione efficace, obiettivo invece prioritario in ambienti specialistici come gli hospice.(McCourt et al., 2013).

2.5 Il dolore procedurale

Il trattamento del dolore, in tutte le sue forme, è un diritto intangibile.

Soggetti in uno stato di terminalità dovrebbero essere tutelati da qualsiasi evento che possa diminuire lo stato di benessere e la qualità di vita, in quanto questo è l'obiettivo primario delle cure palliative. (Magnani et al., 2015).

Nei pazienti terminali si possono individuare più comunemente due tipologie di dolore: quello cronico continuo, presente in prevalenza in pazienti oncologici, e il Breakthrough Pain (BTP), per cui si crea una “breccia” interrompendo il controllo del dolore di base ottenuto dai farmaci fino a quel momento. (Portenoy et al., 1990; Davies et al., 2009).

Attualmente non è presente una definizione univoca accettata del Breakthrough Pain (Mercadante et al., 2016). La più autorevole (Zanotti Fragonara et al., 2019) lo determina “un episodio di dolore transitorio, che si verifica anche spontaneamente, o in relazione ad uno specifico innesco prevedibile o non prevedibile, nonostante la relativa stabilità e l'adeguato controllo del background pain/dolore di base” (Davies et al., 2009).

Data la definizione, il BTP può quindi essere spontaneo o indotto; quello indotto può insorgere, ad esempio, dopo l'esecuzione di procedure che, nell'ambito palliativo, vengono svolte di rado, in quanto uno tra gli obiettivi principali delle CP è quello di ridurre interventi e manovre inutili per migliorare la qualità di vita dei pazienti. (SepuIveda et al., 2002; Bailey et al., 2012)

La rapida insorgenza del sintomo e la veloce ripresa da questo vincolano la valutazione e la considerazione dell'evento. Nonostante ciò, anche in ambito palliativo, vengono messe in atto più prestazioni infermieristiche durante l'arco della giornata, ad esempio le medicazioni delle ulcere da pressione o la mobilizzazione passiva a letto durante l'igiene.

Queste procedure di accudimento hanno lo scopo di mantenere il paziente in uno stato dignitoso anche nell'ultima fase della sua vita. Bisogna tenere in considerazione, però, che ogni caso è differente e la risposta allo stimolo doloroso può essere avvertita in maniera diversa in base all'intensità della procedura. Anche manovre definibili come non invasive possono provocare stress e dolore a alcuni pazienti. (Briggs et al., 2008)

Secondo uno studio osservazionale condotto da Puntillo et al. (2001), una delle procedure più dolorose per i pazienti in fase avanzata di malattia, risulta essere infatti proprio la rotazione nel letto: il dolore provocato viene descritto come "lancinante, pungente, lancinante, trafittivo, terribile". Ciò nonostante, prima di appurare tale situazione, solo a meno del 20% di questi pazienti venivano somministrati oppioidi di routine prima di iniziare le manovre di rotazione a letto. (Puntillo et al., 2001)

Il dolore, se non viene gestito e prevenuto efficacemente, può provocare un rifiuto da parte del paziente di altre future procedure. Inoltre, il mancato trattamento del dolore può portare a un sentimento di diffidenza nei confronti degli operatori sanitari che lo assistono. (Czamecki et al., 2011)

Uno studio nazionale prospettico trasversale di Magnani et al. (2017) ha sottoposto 23 unità di cure palliative italiane a un'indagine sulla prevalenza, intensità e trattamento del dolore rispetto a 6 diverse procedure mininvasive quali mobilizzazione, cura dell'igiene personale, trasferimento letto sedia, cateterismo vescicale, medicazione di ulcere da decubito e somministrazione di farmaci sottocutanei. Questo studio ha evidenziato che solo al 12,7% dei pazienti sono stati somministrati analgesici precedentemente all'attuazione di una delle procedure indicate e che l'insorgenza del dolore durante la procedura ha portato solo nel 1,7% dei casi la somministrazione di antidolorifici per alleviare il BTP. Lo studio, inoltre, ha evidenziato l'inadeguata somministrazione dei farmaci prima della procedura, per quanto riguarda il dosaggio e la scelta dell'analgesico. (Magnani et al., 2017).

L'American Society for Management Nursing (ASPMN) ha steso una raccolta di esortazioni di pratica clinica per gestire in maniera ottimale l'attuazione delle procedure per garantire il miglior grado di comfort possibile.

Le procedure possono innescare nei soggetti sottoposti a trattamento ansia e dolore, a cui i professionisti dovrebbero far fronte e considerare ancor prima di iniziare i trattamenti.

Le raccomandazioni dell'ASPMN sono un elenco di ciò che andrebbe fatto prima, durante e dopo una procedura.

Tali raccomandazioni prevedono, prima di attuare la procedura, di stabilire con il paziente e i familiari delle strategie farmacologiche e non farmacologiche in base alle preferenze, identificando un segnale che permetta al paziente di comunicare all'infermiere la presenza di ansia e dolore senza sollievo così da intervenire.

I familiari e il paziente vanno preparati e informati prima di iniziare la procedura, dando la possibilità al paziente di attenuare il grado di paura esercitando risposte adattive (Oka et al., 2010). La collaborazione tra i familiari e l'istruzione sul loro ruolo in quelle situazioni è fondamentale; infatti, è richiesto che ci sia un parente autorizzato ad assistere alla procedura se al paziente questo può recare giovamento.

Viene raccomandato di considerare se la procedura prevista necessita di una sedazione sulla base della durata della procedura, sulla necessità di immobilità prolungata del paziente e sullo stato di angoscia espresso nell'essere vigile durante l'effettuazione.

Va inoltre discussa con l'equipe l'esigenza di premedicazione preparando i farmaci e rispettando i tempi di efficacia.

Durante la procedura andranno monitorati segnali verbali e non verbali di ansia e dolore, trattandole utilizzando tecniche concordate in precedenza e valutando la necessità di eventuali integrazioni, fornendo indicazioni e rassicurazioni verbali in modo pacato ai pazienti e ai familiari. Inoltre viene raccomandato che, se appropriato, siano utilizzati dispositivi medici per minimizzare i traumatismi tessutali del soggetto.

Per quanto riguarda il post procedura, viene raccomandato dall'ASPMN, la valutazione dell'esperienza discutendone con il paziente e i familiari.

Ciò che viene segnalato dovrebbe essere documentato nella cartella clinica, così da permettere ai colleghi di facilitare la gestione del BTP nel caso in cui il paziente fosse nuovamente sottoposto alla stessa procedura o a procedure diverse.

All'infermiere viene inoltre raccomandato di attuare un piano per gestire il comfort del paziente dopo la procedura, includendo la possibilità che questa possa essere intrapresa non solo in ambito sanitario ma anche a domicilio. (Czarnecki et al., 2011)

L'infermiere, durante l'assistenza del paziente terminale, per prevenire il dolore procedurale, dovrebbe considerare tutto ciò che diminuisce il suo stato di stress e disagio. L'obiettivo infermieristico in questo ambito riguarda, quindi, la messa in pratica di tutte le tecniche disponibili ed efficaci, includendo anche l'educazione del paziente terminale nell'utilizzo di tecniche farmacologiche e non farmacologiche prima, dopo e durante la procedura, così da impiegarle con prontezza.

La loro efficacia andrebbe valutata e documentata, condividendola con l'equipe in modo da poter utilizzare le tecniche non farmacologiche in varie occasioni. (Gatlin et al., 2007).

Pertanto sarebbe necessaria e auspicabile una maggiore sensibilizzazione e formazione del personale sanitario per la gestione del BTP indotto da procedure, proseguendo successivamente anche con l'educazione dei pazienti e dei caregiver. (Magnani et al., 2015).

3. MATERIALI E METODI

3.1 Scopo

Lo scopo di questo studio è quello di osservare l'attenzione e la percezione di autoefficacia degli infermieri, nell'evitare o gestire adeguatamente l'evento del dolore episodico correlato alle procedure effettuate sui pazienti terminali con i quali si relazionano.

Per svolgere questa indagine è stato utilizzato un questionario, somministrato agli infermieri di diversi ambiti, orientato ad ottenere una valutazione qualitativa e quantitativa della considerazione del dolore procedurale all'interno di alcune realtà ospedaliere e territoriali.

La parte di indagine quantitativa è stata effettuata somministrando un questionario originale composto da 16 domande che indagano l'autopercezione degli infermieri della propria fiducia nel gestire gli aspetti sopra riportati.

La parte qualitativa ha l'obiettivo di esplorare, con due domande aperte, il pensiero dell'infermiere su quali procedure, secondo l'operatore, sono maggiormente stressanti e dolorose per il paziente terminale e quali procedure, svolte nel proprio contesto lavorativo, vengono effettuate ma ritenute superflue ad impressione del compilatore.

Analiticamente il presente lavoro intende esplorare i seguenti aspetti:

Tabella I: Quesiti dello studio formulati con metodologia PIO/PICO

È possibile ridurre il dolore procedurale nel paziente terminale attuando, con modalità e tempistiche corrette, gli interventi preventivi nelle manovre dolorose?	P= infermiere I= indagine sull'attuazione di interventi preventivi nelle procedure dolorose, nonché sulle corrette modalità e tempistiche O=diminuzione massimale del dolore nella fase terminale della vita dei pazienti
Una maggiore conoscenza del fenomeno del dolore procedurale e delle procedure più dolorose per il paziente potrebbe portare gli infermieri che lavorano nelle cure palliative e nei reparti ospedalieri di degenza a gestire	P= infermieri I= indagine sulla consapevolezza del dolore durante le procedure effettuate O= diminuzione massimale del dolore nella fase terminale della vita dei pazienti

<p>in maniera ottimale il dolore globale del paziente?</p>	
<p>Viene prestata attenzione al dolore durante le procedure effettuate in pazienti terminali degenti in un reparto ospedaliero?</p>	<p>P= infermiere che lavora in un reparto ospedaliero. I=indagine sulla consapevolezza e attenzione al dolore durante le procedure effettuate su pazienti terminali. C= confronto con la consapevolezza e attenzione del dolore durante le procedure effettuate dagli infermieri che lavorano in hospice e a domicilio su pazienti terminali rispetto agli infermieri in ospedale. O=equità nel trattamento di pazienti che accedono alle cure palliative in ospedale con quelli che sono trattati in hospice e nelle cure palliative a domicilio</p>
<p>Gli infermieri a contatto con il paziente terminale, si sentono in grado di mettere in atto comportamenti corretti per fargli affrontare il dolore della procedura che si sta effettuando?</p>	<p>P=infermieri I=indagine sulla percezione di autoefficacia durante le procedure dolorose su pazienti terminali O=diminuzione massimale del dolore nella fase terminale della vita</p>
<p>Quali sono le procedure più dolorose per il paziente terminale secondo gli infermieri?</p>	<p>P= infermieri I=indagine sulla conoscenza e consapevolezza degli infermieri sul dolore provato dai pazienti terminali durante procedure mini invasive O=diminuzione massimale del dolore nella fase terminale della vita dei pazienti</p>
<p>Quali procedure non necessarie vengono praticate, nei diversi contesti, secondo gli infermieri che ci lavorano?</p>	<p>P=infermieri I= indagine sulle procedure non necessarie svolte sui pazienti terminali O=diminuzione massimale del dolore nella fase terminale della vita dei pazienti</p> <p>P=infermieri I= indagine sulle procedure non necessarie svolte sui pazienti terminali C=confronto con le procedure non necessarie sui pazienti terminali in</p>

	hospice e a domicilio rispetto a quelle svolte in ospedale O= equità nel trattamento di pazienti che accedono alle cure palliative in ospedale con quelli che sono trattati in hospice e nelle cure palliative a domicilio
--	---

Al di là degli aspetti specifici, oggetto della ricerca, il presente lavoro intende offrire ai professionisti che hanno partecipato un'occasione di riflessione ed autovalutazione sulle modalità e sulle caratteristiche del proprio operato nella relazione con il paziente terminale.

3.2 Campione

Questa indagine ha coinvolto tutti infermieri dipendenti dell'azienda AULSS 7 Veneto, e infermieri che lavorano negli hospice convenzionati, nei seguenti contesti:

Ambito ospedaliero:

- UO di Medicina Generale (distretto 2);
- UO di Geriatria (distretto 2).

Ambito residenziale:

- Hospice Casa Gerosa (distretto 1);
- Hospice Opera Immacolata Concezione (distretto 2).

Ambito territoriale:

- Assistenza domiciliare integrata (distretto 2), che comprende le zone di Schio, Malo, Zugliano, Thiene, Piovene.

I partecipanti coinvolti nella ricerca rispettano i seguenti criteri di inclusione:

- Sono infermieri che prestano assistenza diretta ai pazienti nel proprio contesto lavorativo;
- Sono in grado di leggere e comprendere adeguatamente la lingua italiana;
- Sono disponibili a partecipare allo studio.

Criteri di esclusione per essere coinvolti nello studio:

- Figura professionale diversa dall'infermiere;
- Infermieri che lavorano in contesti e reparti differenti dal campione preso in studio;

- Infermieri che non svolgono procedure dirette sul paziente nel contesto preso in studio.

3.3 Strumento rilevazione dati

La revisione della lettura scientifica sull'argomento (tramite PubMed e Google Scholar) non ha permesso di reperire alcuno strumento validato che potesse perseguire gli obiettivi della tesi per cui è stato necessario creare un questionario ad hoc partendo dalla traduzione del Pain Management Self-Efficacy Questionnaire (Macindo, et al 2018 - effettuata da traduttore attestato Lv. 3, Cambridge Assessment English).

Sono state successivamente selezionate le domande inerenti all'argomento ed infine si è ritenuto utile integrare il questionario con altri item, alcuni dei quali provenienti dal Professional-Competence del CCICP. (Prandi et al, 2018).

Il questionario è stato individuato e selezionato valutando la lunghezza, la comprensibilità degli item, la pertinenza degli obiettivi dello studio, e successivamente approntato modificandolo per la ricerca oggetto del seguente lavoro (vedi Allegato 1).

La prima parte del questionario è composta da 16 domande che indagano, su scala Likert a 6 punti (da 0 a 5), quanto il compilatore si sente in grado di attuare comportamenti consoni durante una procedura dolorosa (il punteggio 0 corrisponde a “non mi sento mai in grado” e il punteggio 5 corrisponde a “mi sento sempre in grado”).

La seconda parte, come già indicato, indaga a livello qualitativo la percezione su quali procedure secondo l'operatore sono maggiormente stressanti e dolorose per il paziente e quali procedure svolte nel proprio contesto lavorativo vengono svolte ma ritenute superflue secondo il parere del compilatore.

3.4 Procedura e periodo di somministrazione

Effettuate le procedure preliminari di autorizzazione tramite coordinatori infermieristici, direttori delle unità operative e del distretto sanitario, il questionario è stato messo a disposizione di tutto il personale infermieristico interessato per la

compilazione per un periodo di tempo limitato di 2 settimane nel mese di giugno 2023.

Nel questionario è stato specificato l'obiettivo della tesi, il significato dei valori possibili da segnare come risposta e la comunicazione che i dati sarebbero stati elaborati in maniera aggregata e anonima.

3.5 Metodo

La base teorica di questa ricerca è stata possibile tramite la letteratura di diversi articoli scientifici presenti sulle banche dati PubMed e Google Scholar.

I dati ricavati dal questionario hanno permesso di osservare, in generale, l'attenzione e la percezione di autoefficacia degli infermieri nell'evitare o gestire adeguatamente l'evento del dolore episodico correlato alle procedure effettuate sui pazienti terminali con i quali si relazionano.

Ulteriore scopo della ricerca è l'osservazione delle eventuali differenze tra la percezione del problema da parte di professionisti che lavorano nello specifico ambito delle cure palliative (domiciliarità e residenzialità) rispetto a chi opera in reparti ospedalieri.

A tale scopo il campione è stato suddiviso in due sottogruppi indipendenti:

- A. infermieri che lavorano con pazienti in cure palliative: hospice e assistenza domiciliare integrata;
- B. infermieri che lavorano in contesti ospedalieri: geriatria e medicina.

L'analisi statistica quantitativa è partita dalla considerazione che i punteggi dei singoli item possano essere descritti come variabili per scala di intervalli (continue) dalle quali è possibile ricavare un punteggio generale, ottenuto dalla somma dei valori delle risposte alle singole domande.

L'analisi dei dati è stata condotta attraverso la descrizione della distribuzione dei punteggi totali ricavati dal questionario, lo studio delle correlazioni fra punteggi ed altre caratteristiche personali e professionali (età, sesso, anni di esperienza lavorativa) ed il confronto delle medie fra i diversi sottogruppi in cui è stato suddiviso il campione (*t* di Student).

I dati quantitativi sono stati elaborati utilizzando il programma IBM SPSS 20.

L'analisi qualitativa è stata effettuata tramite l'aggregazione delle parole-chiave presenti nelle risposte alle domande aperte (analisi del contenuto) e successiva aggregazione e sintesi.

4. RISULTATI

4.1 Analisi del campione

Il questionario è stato proposto a 108 infermieri, 64 in ospedale e 44 in ambito domiciliare e hospice.

Tra questi infermieri dell'ambito ospedaliero, in 28 non hanno compilato il questionario, mentre nel gruppo composto da ADI e Hospice non hanno partecipato in 8.

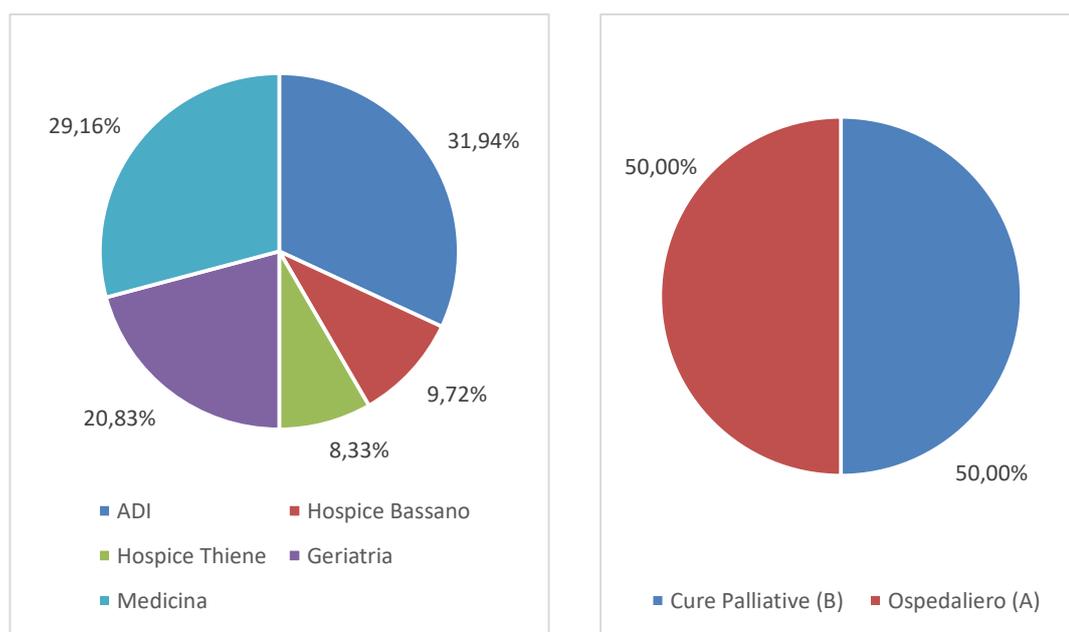


Figura 1: Partecipanti nei diversi contesti.

Figura 2: Partecipanti nei due gruppi.

Pertanto, il campione analizzabile è risultato costituito da 72 soggetti, di cui 57 femmine e 11 Maschi, mentre 4 dei 72 soggetti del campione hanno preferito non rispondere alla domanda.

In relazione ad alcuni dati demografici e lavorativi, il campione che ha aderito allo studio presenta le caratteristiche descritte dalla tabella (Allegato 2).

Il campione di infermieri ha un'età compresa tra i 22 e i 60 anni (una media di 39,6 anni); essi lavorano con tale ruolo da 1 anno a 40 anni (in media 15,78) e sono presenti nel contesto attuale dai 2 mesi ai 37 anni (di media 7,3179).

4.2 Analisi quantitativa dei dati raccolti

La tabella che segue rappresenta la media dei questionari svolti da tutto il campione, con il punteggio minimo e massimo ottenuti nella raccolta dei questionari.

Tabella III: Punteggi totali massimi, minimi, e media ottenuti nei questionari dell'intero campione

	N	Minimo	Massimo	Media
T (totale)	72	38	80	66
Validi	72			

Osservando i dati, si può notare che alcuni professionisti hanno raggiunto il punteggio massimo possibile di 80/80, dichiarando così di sentirsi completamente in grado di gestire e prevenire, per quanto possibile, situazioni in cui il paziente terminale prova dolore durante una procedura.

Il minimo ottenuto nel questionario di autoefficacia è di 38/80. Il valore medio dell'auto percezione nel gestire il dolore procedurale nel paziente terminale degli infermieri presi in studio risulta comunque elevato (66/80).

L'analisi descrittiva dei singoli item invece è contenuta nella tabella sotto riportata.

Tabella IV, punteggi dei singoli item dell'intero campione preso in studio.

Quesito	N	Minimo	Massimo	Media	Mediana
1	72	3	5	4,39	4,5
2	72	1	5	3,89	4
3	72	0	5	3,72	4
4	72	3	5	4,37	4
5	72	0	5	3,35	3
6	72	3	5	4,14	4
7	72	2	5	4,04	4
8	72	3	5	4,43	4,5

9	72	2	5	4,47	5
10	72	2	5	4,03	4
11	72	1	5	4,1	4
12	72	3	5	4,6	5
13	72	2	5	4	4
14	72	2	5	4,22	4
15	72	1	5	4,04	4
16	72	1	5	4,21	4
Validi (listwise)	72				

Come si può notare, in tutte le risposte è stato raggiunto il punteggio massimo possibile (5/5), e le medie dei punteggi risultano indubbiamente elevate.

I quesiti con una media più bassa risultano essere i quesiti numero 2 (relativo alla scelta del metodo di valutazione più adeguato), 3 (relativo all'assistenza del paziente per alleviare stress e dolore), 5 (relativo all'integrazione di modalità alternative per gestire il dolore).

La domanda numero 2 (relativa alla scelta del metodo di valutazione più adeguato) ha ottenuto come valore minimo 1/5, così come la 11 (relativa alla valutazione di espressioni di dolore verbali e non verbali), la 15 (relativa alla collaborazione con il medico nel caso in cui la procedura prescritta non sia necessaria) e la 16 (relativa all'applicazione di principi di dignità e tutela di volontà e autonomia del paziente).

I quesiti 3 (relativo all'assistenza del paziente per alleviare stress e dolore) e 5 (relativo all'integrazione di modalità alternative per gestire il dolore) sono stati gli unici ad ottenere un valore minimo di 0/5.

Come già detto, dal questionario è stato possibile ricavare un punteggio totale **T** (range 0-80), ottenuto sommando i punteggi dei singoli item. Questo punteggio è risultato essere mediamente elevato, indicando una generale attenzione e fiducia

degli infermieri nelle capacità di gestire adeguatamente l'aspetto del dolore procedurale.

Proseguendo con l'analisi, i quesiti con punteggi medi più alti sono risultati essere il 12 (relativo alla comunicazione al medico della presenza di dolore causato dalla procedura), con un punteggio medio di 4,60, il 9 (relativo alla somministrazione di farmaci quando prescritti) con un punteggio medio di 4,47 e la domanda 8 (relativa al prestare attenzione al dolore del paziente durante lo svolgimento della procedura) con 4,43 di media.

4.3 Differenze fra i due gruppi

Come indicato in precedenza, è stata effettuata un'ulteriore analisi per osservare eventuali differenze tra la percezione del problema da parte di professionisti che lavorano nello specifico ambito delle cure palliative (domiciliarità e residenzialità) rispetto a chi opera in reparti ospedalieri.

A tale scopo il campione è stato suddiviso in due sottogruppi indipendenti:

- A. infermieri che lavorano in contesti ospedalieri: geriatria e medicina;
- B. infermieri che lavorano con pazienti in cure palliative: hospice e assistenza domiciliare integrata.

I due sottogruppi (A e B) sono risultati essere composti entrambi da 36 soggetti e mostrano significative differenze in relazione ad alcuni i dati demografici e lavorativi, che sono rappresentate nell' allegato 3 e 4.

Tabella V, Differenza sul punteggio totale tra gruppo A e B

	Gruppo	N	Media
Punteggio totale del questionario	A	36	62,19
	B	36	69,81

Si può notare che il punteggio medio raggiunto dal gruppo B è maggiore (69,81), rispetto a quello del gruppo A (62,19).

Essendo presenti anche altre differenze significative fra i due sottogruppi (età e anni lavorativi), si è ritenuto opportuno compiere una ulteriore analisi per escludere che la differenza osservata nel punteggio T dei due gruppi fosse correlata con le differenze anagrafiche e lavorative precedentemente evidenziate.

È stata quindi effettuata una analisi delle correlazioni fra il punteggio T e l'età e gli anni di esperienza sia come infermiere che di servizio nell'attuale unità operativa.

Non sono state rilevate correlazioni significative fra il punteggio T e le altre variabili esaminate. Il punteggio T sembra quindi essere, nel campione generale, indipendente dall'età e dalle variabili lavorative. Le differenze rilevate sembrano, quindi, con maggiore probabilità, associate alla differenza di contesto con cui è stato diviso il campione nei due sottogruppi, come si vede nella tabella sottostante.

Tabella VI, Correlazioni tra risultati e fattori

		Età	Anni di esperienza come infermiere	Anni di esperienza nell'attuale unità operativa
Punteggio totale del questionario	Correlazione di Pearson	0.183	0.189	0.017
	Sig. (2-code)	p = .124 (n.s.)	p = .112 (n.s.)	p = .884 (n.s.)
	N	72	72	72

4.4 Analisi quantitativa della differenza tra i due gruppi

Si è già notato che i sottogruppi A e B hanno un punteggio medio generale con una differenza statisticamente significativa.

E' stato ritenuto interessante analizzare i singoli item per capire quali quesiti hanno avuto un punteggio maggiore e quali minori così da poter riflettere sulle motivazioni e differenze.

I risultati sono riportati nella seguente tabella:

Tabella VII, Medie dei singoli Item suddivisi nei due gruppi. In verde sono evidenziati i quesiti che presentano differenze statisticamente rilevanti.

Quesito	Gruppi	N	Media	Dev.std.	Errore std. Media	t	df	Sig. (2-code)
1.	A	36	4,14	0,723	0,121	-3,318	70	0,001
	B	36	4,64	0,543	0,09	-3,318	64,924	0,001
2.	A	36	3,69	0,98	0,163	-1,872	70	0,065
	B	36	4,08	0,77	0,128	-1,872	66,278	0,066
3.	A	36	3,64	0,798	0,133	-0,805	70	0,423
	B	36	3,81	0,951	0,158	-0,805	67,965	0,423
4.	A	36	4,25	0,649	0,108	-1,627	70	0,108
	B	36	4,5	0,655	0,109	-1,627	69,995	0,108
5.	A	36	3,11	0,919	0,153	-1,919	70	0,059
	B	36	3,58	1,156	0,193	-1,919	66,617	0,059
6.	A	36	3,92	0,732	0,122	-2,744	70	0,008
	B	36	4,36	0,639	0,107	-2,744	68,757	0,008
7.	A	36	3,81	0,71	0,118	-2,839	70	0,006
	B	36	4,28	0,701	0,117	-2,839	69,99	0,006

8.	A	36	4,31	0,668	0,111	-1,723	70	0,089
	B	36	4,56	0,558	0,093	-1,723	67,825	0,089
9.	A	36	4,19	0,822	0,137	-3,465	70	0,001
	B	36	4,75	0,5	0,083	-3,465	57,788	0,001
10.	A	36	3,69	0,92	0,153	-3,349	70	0,001
	B	36	4,36	0,762	0,127	-3,349	67,638	0,001
11.	A	36	3,78	0,898	0,15	-3,543	70	0,001
	B	36	4,42	0,604	0,101	-3,543	61,264	0,001
12.	A	36	4,33	0,756	0,126	-3,8	70	0
	B	36	4,86	0,351	0,058	-3,8	49,402	0
13.	A	36	3,83	0,737	0,123	-1,919	70	0,059
	B	36	4,17	0,737	0,123	-1,919	70	0,059
14.	A	36	4	0,828	0,138	-2,467	70	0,016
	B	36	4,44	0,695	0,116	-2,467	67,945	0,016
15.	A	36	3,67	1,121	0,187	-3,211	70	0,002
	B	36	4,42	0,841	0,14	-3,211	64,911	0,002
16.	A	36	3,83	0,971	0,162	-4,12	70	0
	B	36	4,58	0,5	0,083	-4,12	52,341	0

Le statistiche di gruppo hanno rilevato che i quesiti con differenza statistica insignificante tra i due gruppi sono:

- 2 (relativo alla scelta del metodo di valutazione più adeguato);
- 3 (relativo all'assistenza del paziente per alleviare stress e dolore);
- 4 (relativo al riconoscimento di procedure che provocano dolore);
- 5 (relativo all'integrazione di modalità alternative per gestire il dolore);
- 8 (relativo al prestare attenzione al dolore del paziente durante lo svolgimento della procedura);
- 13 (relative nell'affrontare questioni etico-morali);

I quesiti che hanno presentato una differenza statisticamente rilevante tra il gruppo che lavora in ospedale (A) e quello che lavora in cure palliative (B) sono i seguenti:

- 1 (relativo all'avvisare il paziente prima di iniziare una procedura potenzialmente dolorosa);
- 6 (relativo alla documentazione del dolore riferito dal paziente);
- 7 (relativo all'assistenza del paziente nello svolgimento delle proprie attività);
- 9 (relativo alla somministrazione di farmaci quando prescritti);
- 10 (relativo al riconoscimento e rispetto del tempo di efficacia del farmaco analgesico somministrato);
- 11 (relativo alla valutazione di espressioni di dolore verbali e non verbali);
- 12 (relativo alla comunicazione al medico della presenza di dolore causato dalla procedura);
- 14 (relativo alla rivalutazione del dolore entro 30/60 minuti dall'intervento attuata);
- 15 (relativo alla collaborazione con il medico nel caso in cui la procedura prescritta non sia necessaria);
- 16 (relativo all'applicazione di principi di dignità e tutela di volontà e autonomia del paziente).

Negli item 15 e 16 la differenza tra la media del gruppo A e del gruppo B è maggiore rispetto agli altri item.

La domanda che ha ottenuto un punteggio medio maggiore sia per il gruppo A che per il B è stata la numero 12 (relativa alla comunicazione al medico della presenza di

dolore causato dalla procedura), mentre il quesito con punteggio minore medio è il quesito numero 5 (relativo all'integrazione di modalità alternative per gestire il dolore) sia per il gruppo A che per il gruppo B.

4.5 Analisi qualitativa

I risultati sono basati su risposte aperte date dal compilatore. Queste sono state raccolte e raggruppate per somiglianza o obiettivo della procedura, come raffigurato nella tabella sottostante.

Tabella VIII: raggruppamento parole chiave dell'analisi qualitativa

Cateterismo Vescicale	
Broncoaspirazione	
Medicazioni	
Clistere Evacuativo	
Monitoraggio Condizioni del Paziente	Rilevazione parametri vitali Rilevazione della glicemia con stick glicemico
Terapie e Trattamenti Terapeutici	Infusioni endovenose Insulinoterapia Terapia orale Antibioticoterapia Emotrasfusione Eparina
Procedure Diagnostiche Strumentali	- Rx - TAC
Punture Artero-Venose	Inserimento di catetere venoso periferico Prelievi venosi

	Emogasanalisi Reperimento accessi arteriosi
Interventi di Mantenimento	Mobilizzazione Cure igieniche
Alimentazione Artificiale	Nutrizione parenterale totale Inserimento di sondino naso gastrico

La seconda parte del questionario chiedeva di rispondere a due domande aperte per poter fare un'analisi qualitativa, indagando alcuni aspetti sulla considerazione degli infermieri nel dolore procedurale del paziente terminale.

La prima domanda a cui i compilatori hanno risposto è la seguente: “Delle procedure attuate nel suo reparto, quali considera più dolorose e stressanti per il paziente terminale?”

Le risposte sono state raccolte e riportate nella tabella in allegato (Allegato 5).

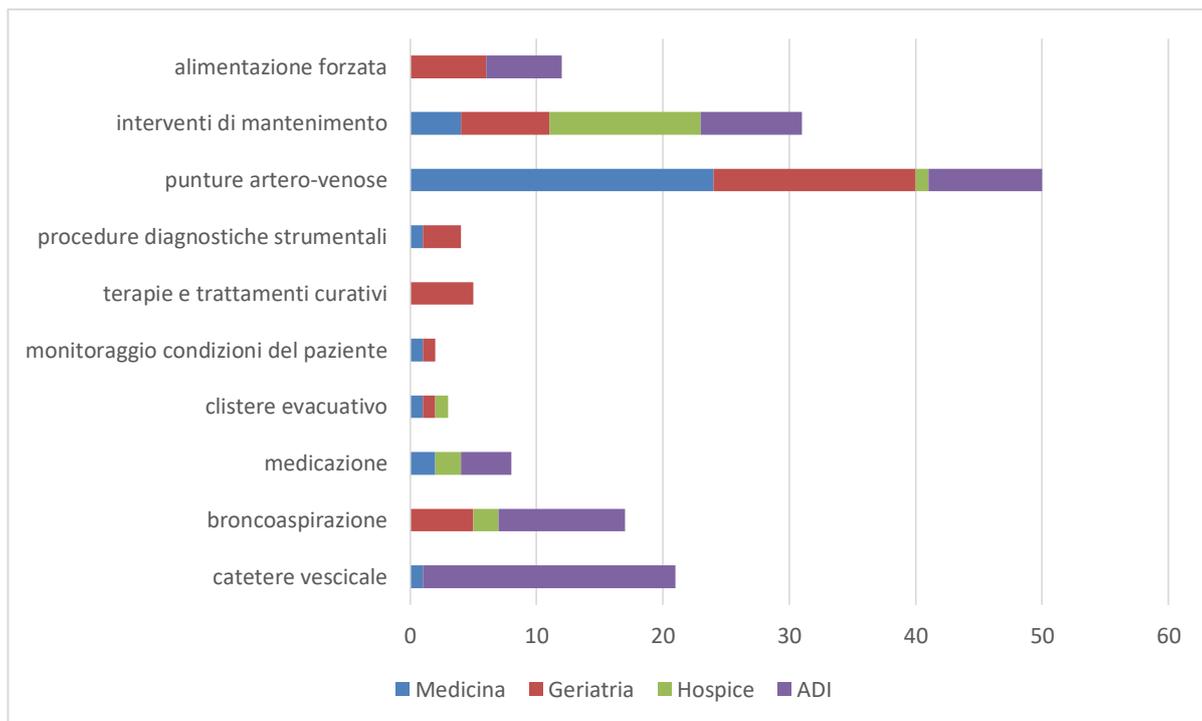


Figura 3, procedure maggiormente dolorose sul paziente terminale, secondo gli infermieri

La procedura ritenuta maggiormente stressante per un paziente terminale, secondo il parere degli infermieri intervistati, è l'artero-venipuntura seguita da interventi di mantenimento, inserimento del catetere vescicale e broncoaspirazione.

Analizzando i dati per UO, si può notare che, in Hospice, la maggior parte del personale ritiene dolorosi interventi di mantenimento come igiene e mobilizzazione mentre per gli infermieri che lavorano in ADI la procedura più dolorosa è il cateterismo vescicale del paziente terminale.

Per quanto riguarda il gruppo A, nell'UO di Medicina gli infermieri ritengono che l'artero-venipuntura sia la procedura più dolorosa e questa opinione sembra essere condivisa con i colleghi dell'UO di Geriatria, i quali ritengono particolarmente stressanti anche procedure come l'alimentazione forzata e la broncoaspirazione.

Dopo aver analizzato la prima domanda a risposta aperta si prosegue con la seconda qui riportata: "Qual è la procedura maggiormente svolta nel suo reparto che ritiene superflua su un paziente terminale?"

Le risposte sono state raccolte e raggruppate nella tabella in allegato (Allegato 6).

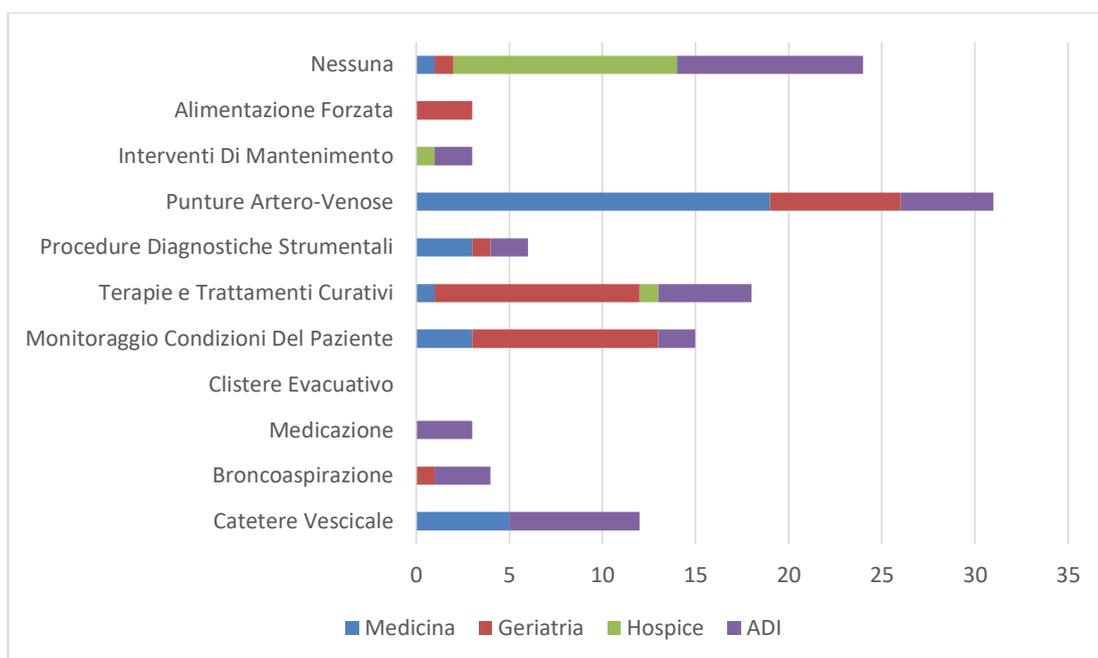


Figura 4, procedure dolorose per il paziente terminale svolte nelle unità operative, ritenute superflue dagli infermieri

Anche nel caso della seconda domanda la risposta maggiormente ottenuta riguarda le punture artero-venose, in questo caso seguite da trattamenti curativi e monitoraggio delle condizioni del paziente. Dividendo nei due gruppi A e B le risposte al secondo quesito, come nella tabella in allegato (Allegato 7), si può avere in maniera più chiara la visione del gruppo che lavora in cure palliative e quello che lavora in un contesto ospedaliero.

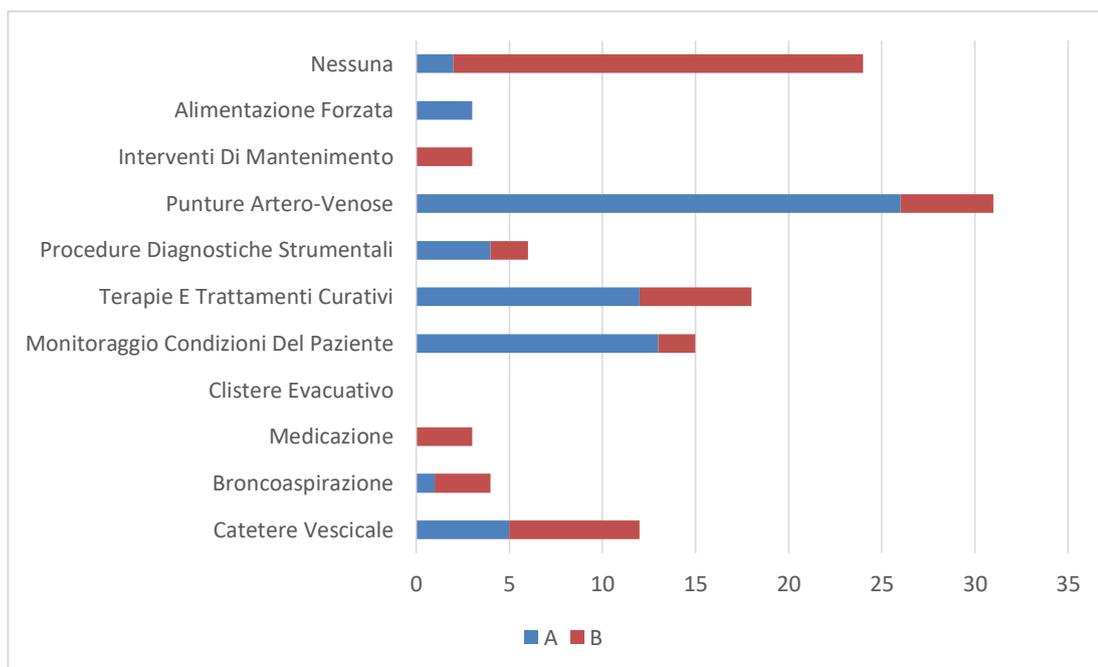


Figura 5, procedure dolorose svolte sul paziente terminale nelle unità operative, ritenute superflue dagli infermieri dei gruppi A e B

Dall'elaborazione dei dati si può notare che gli infermieri del gruppo A (del contesto ospedaliero) svolgono ancora molte procedure di veni e artero-puntura su pazienti terminali e che considerano questa procedura non soltanto futile ma, come già messo in luce nei risultati precedenti, anche la più dolorosa.

Oltre alla veni-artero puntura, si nota che gli infermieri svolgono anche procedure di monitoraggio frequente e trattamenti curativi su pazienti terminali.

Tra le 72 persone che hanno partecipato allo studio, solo in 24 ritengono che non ci sia nessuna procedura dolorosa per il paziente terminale, svolta nel loro contesto lavorativo, che ritengano superflua.

La percezione di non svolgere procedure futili e dolorose nel paziente terminale è invece dell'80% dei lavoratori impiegati in hospice, del 43,48% per chi lavora nell'ADI e del 5,55% per gli infermieri ospedalieri.

5. DISCUSSIONE

5.1 Discussione risultati quantitativi

L'elaborazione dei dati ha rilevato medie alte nell'analisi quantitativa, mettendo in luce una buona padronanza e confidenza delle capacità degli infermieri presi in campione, nel gestire il dolore del paziente terminale durante le procedure.

Infatti, il valore medio rilevato è di 66/80, il punteggio minore ottenuto è 38/80 e ci sono stati questionari che hanno ottenuto il valore massimo di 80/80.

È stata rilevata una differenza significativa tra la media dei punteggi dei questionari del gruppo A, a cui appartengono i reparti di Geriatria e Medicina, rispetto al gruppo B a cui appartengono gli hospice e il servizio ADI.

Il gruppo A ha ottenuto un punteggio medio di 62,19/80 mentre il gruppo B 69,81/80. Questo ha evidenziato che il gruppo degli infermieri in ospedale (A) sembrerebbe avere una percezione delle proprie abilità inferiore rispetto al gruppo che lavora in un'equipe che si occupa in maniera specifica di cure palliative (B).

Caratteristiche come età, sesso, anni di esperienza da infermiere e anni lavorativi nel contesto attuale sembrerebbero non interferire con i risultati ottenuti nel questionario, che piuttosto potrebbero essere influenzati dai diversi contesti ed equipe in cui i due gruppi lavorano.

Sono stati evidenziati item in cui gli infermieri hanno risposto 0, quindi “non mi sento mai in grado”, questo è stato ottenuto nei seguenti quesiti:

- “Sono in grado di integrare modalità alternative di gestione del dolore in modo sicuro ed affidabile.” (quesito 5, con punteggio medio di 3,35);
- “Sono in grado di assistere il paziente nell' alleviare ansia e stress indotti dal dolore“(quesito 3, con punteggio medio di 3,72).

Queste risultano essere anche le prime due domande classificate per punteggio minore, mentre la terza domanda classificata è la seguente:

- “Sono in grado di selezionare il metodo di valutazione del dolore più appropriato e affidabile in pazienti di diversi gruppi di età“(quesito 2, con punteggio medio di 3,89).

I risultati dell'analisi quantitativa hanno evidenziato anche gli item in cui gli infermieri hanno assegnato punteggi maggiori, quindi attività che vengono svolte con particolare attenzione e sicurezza.

In ordine di punteggio decrescente, gli item che hanno ottenuto mediamente un punteggio maggiore sono:

- “Sono in grado di riferire al medico che il paziente esprime dolore, sia in modo verbale che non verbale, durante lo svolgimento di una tua procedura” (quesito 12, con punteggio medio di 4,6);
- “Sono in grado di somministrare, quando prescritto, la terapia farmacologica prima dell'esecuzione di una procedura potenzialmente dolorosa” (quesito 9, con punteggio medio di 4,47);
- “Sono in grado di prestare sempre attenzione al dolore del paziente nell'effettuare procedure potenzialmente dolorose” (quesito 8, con punteggio medio di 4,43).

Da queste classifiche si potrebbe dedurre che l'infermiere, quando si trova a collaborare con il medico, riesce a svolgere attività come avvisare in caso di dolore o somministrare un antidolorifico da lui prescritto.

Al contrario, in attività che richiedono indipendenza e capacità di autonomia nel destreggiarsi da soli in situazioni dove il paziente riferisce dolore, come l'attuazione di metodi non farmacologici o il sentirsi efficaci nel cercare di alleviare ansia e stress, il compilatore non si sente sicuro come nelle attività precedentemente citate in cui il medico è coinvolto.

Come in letteratura, anche nel presente studio emerge la difficoltà nella valutazione del dolore, che spesso rischia di basarsi sulla percezione del paziente o, nel caso in cui il paziente non sia in grado di rispondere, sulla supposizione del personale sanitario (Mattacola et al., 2014).

Gli item che hanno ottenuto il punteggio minore nel gruppo B sono gli stessi che sono risultati più bassi nel gruppo A.

Questo potrebbe andare ad indicare la mancanza di nozioni informative su metodi alternativi non farmacologici per diminuire il dolore e lo stato di stress dei pazienti presi in carico.

Un'altra supposizione rispetto ai risultati ottenuti riguarda la possibilità che nei contesti formativi manchino situazioni in cui il soggetto si prenda carico di certe responsabilità in autonomia, per poter affrontare le proprie insicurezze prima di entrare a far parte del mondo lavorativo.

Ci sono altre variabili che riguardano la soggettiva sensazione di autoefficacia o la possibilità di trovarsi in un gruppo lavorativo che ti restituisca fiducia nel proprio ruolo all'interno dell'equipe.

Comparando i gruppi A e B le maggiori differenze di punteggio ottenuti nei diversi item si presentano a pari merito nei due quesiti che seguono:

- “Sono in grado di collaborare con il personale medico nel caso in cui la procedura terapeutica o diagnostica prescritta non sia necessaria.” (quesito 15, dove il gruppo A presenta un punteggio medio di 3,67, mentre il gruppo B di 4,42);
- “Sono in grado di applicare i principi di dignità, tutelando la volontà e l'autonomia del paziente.” (Quesito 16, dove il gruppo A presenta un punteggio medio di 3,83 mentre il B di 4,58).

Entrambe le domande pongono l'infermiere in una condizione di autonomia e di presa di decisione che implica l'ambito etico.

Il gruppo di cure palliative (B) sembra essere maggiormente a proprio agio in tali contesti rispetto al gruppo ospedaliero (A), probabilmente perché l'obiettivo dell'equipe è chiaro e comune, rispetto al contesto dei colleghi che lavorano in ospedale e sono abituati ad affrontare situazioni in cui si cura e si cerca di trovare, tramite procedure mediche, la risoluzione del malessere del paziente, rendendo così difficile ammettere che in certi casi questo non è possibile.

In una revisione di letteratura è emerso che prendere in carico pazienti con bisogni di cure palliative e altri che necessitano invece di cure attive risulta difficile per gli infermieri dei reparti ospedalieri. (Savini et al, 2022)

Inoltre, è emerso che l'equipe ospedaliera, a causa dei ritmi frenetici nei quali è tenuta a lavorare, non permette di dedicare il tempo adeguato per trattare tematiche e affrontare decisioni delicate riguardanti la fase finale della vita dei malati.

Un'altra potenziale difficoltà con la quale l'infermiere in ospedale può interfacciarsi più frequentemente, rispetto a quello che lavora in contesti di cure palliative, è la

mancanza di consapevolezza dei familiari rispetto alla prognosi della malattia del proprio caro.

Questo crea delle aspettative irraggiungibili da parte dei familiari e una condivisione di informazioni incomplete o addirittura assente tra sanitari e caregiver. Per di più, non capita di rado che i familiari chiedano all'equipe di non dire la verità al malato (Testoni et al, 2020).

Le cure palliative iniziano quando le cure attive non hanno più efficacia, perseguendo la filosofia del prendersi cura delle persone anche quando sembra non ci sia più nulla da fare.

Con l'evoluzione scientifica, la morte è diventato un evento da combattere, portando i professionisti sanitari a pensare che la morte sia un fallimento per i professionisti sanitari, dimenticando che il "fine vita" fa sempre parte della vita stessa.

5.2 Discussione risultati qualitativi

Alla prima domanda aperta ("Delle procedure attuate nel suo reparto, quali considera più dolorose e stressanti per il paziente terminale?"), considerando il campione generale, la risposta maggiormente data è l'artero-veni puntura (soprattutto per gli infermieri del gruppo A), la seconda è rappresentata dagli interventi di mantenimento (soprattutto per gli infermieri che lavorano in hospice) e al terzo posto si trova l'inserimento del catetere vescicale (soprattutto in ADI).

Alla seconda domanda: "Quale è la procedura maggiormente svolta nel suo reparto che ritiene superflua su un paziente terminale?", gli infermieri appartenenti al gruppo B che lavorano in Hospice hanno risposto 80% che nessuna procedura svolta nel proprio contesto è dolorosa e futile, per i compilatori dell'ADI la percentuale si abbassa al 43,48% mentre la gran parte degli altri infermieri ha risposto che l'inserimento del catetere vescicale secondo il loro parere è ancora una procedura eseguita ma futile e dolorosa per il paziente terminale.

Del gruppo A il 5,5% ha risposto che nessuna procedura attuata è dolorosa e superflua per il paziente terminale, mentre la maggior parte degli altri considera l'artero-veni puntura, seguito dal monitoraggio delle condizioni del paziente e dalla somministrazione di terapie e trattamenti curativi, interventi che sono portati a

svolgere di frequente ma futili e dolorosi, secondo il loro parere, se svolti su un paziente terminale.

Questo potrebbe rendere frustrati gli infermieri del gruppo A, poiché attuano comportamenti e attività che credono non sia giusto svolgere su un paziente terminale, andando contro la loro morale (Savini et al., 2022).

5.3 Implicazioni per la pratica

In entrambi i gruppi, anche se con medie diverse, sono stati rilevati gli stessi punti di debolezza e gli stessi punti di forza.

Sembrerebbe che gli infermieri si sentano sicuri nelle attività in cui è necessaria la partecipazione del medico e meno sicuri nelle situazioni in cui viene richiesta l'autonomia e la presa di posizione da parte del professionista.

Questi presupposti evidenziano uno scoglio da superare per la definizione del ruolo lavorativo dell'infermiere che deve saper prendersi cura del paziente nella sua totalità.

Dai risultati ottenuti si può inoltre rilevare un'affinità di risposta nella parte qualitativa dello studio, per i compilatori nello stesso gruppo di lavoro.

Nel gruppo A, sono state rilevate nelle domande a risposta aperta le stesse procedure secondo loro maggiormente dolorose per il paziente terminale, che si sono rilevate nella domanda successiva quelle più eseguite nella loro UO che loro ritengono procedure futili.

Questa situazione potrebbe portare a una sensazione di frustrazione per l'infermiere e a scontri all'interno del gruppo di lavoro, dovuti alla mancanza di una linea comune nel trattamento del paziente che, di conseguenza, ne risente nella qualità dei trattamenti.

Come prima cosa, si potrebbe agire andando a migliorare la gestione del dolore procedurale nei vari contesti, grazie a confronti e comunicazioni più efficaci tra le diverse figure professionali, il paziente e i familiari.

La chiarezza del percorso da intraprendere può avvenire solo con la sincerità, evitando la congiura del silenzio.

L'infermiere ad oggi è ancora deficitario delle competenze psicologiche necessarie per destreggiarsi in circostanze, nelle quali però gli è frequentemente richiesta la sua partecipazione (Testoni et al., 2020).

Per un'adeguata comunicazione è necessario, pertanto, essere formati ad affrontare discorsi delicati sia con l'equipe che con il paziente e i familiari.

Tali conoscenze potrebbero essere approfondite non solo all'università che forma futuri professionisti sanitari, ma anche nei corsi di formazione continua coinvolgendo il gruppo di lavoro.

Dati i risultati, questo processo è di interesse non solo dei contesti di cure palliative, ma anche in ambienti ospedalieri che spesso sono i primi a dare comunicazioni prognostiche.

Sulla base di questo, potrebbe essere utile per l'equipe che lavora in ospedale avere una consulenza sulle scelte da prendere riguardanti i pazienti terminali, permettendo il confronto con una figura professionale dedicata all'interno del reparto, come il medico palliativista.

Rimane ancora poco chiaro il motivo per il quale nel gruppo A il quesito numero 15, che tratta della capacità di collaborare con il medico nel caso in cui la procedura sia ritenuta per l'infermiere inutile, i compilatori hanno ottenuto una media che si potrebbe definire medio alta (3,67), mentre nella parte di domande aperte emerge l'insoddisfazione e la frustrazione nell'applicare procedure ritenute da loro inutili e particolarmente dolorose e ancora svolte nella loro UO.

Infatti, solo il 5,5% del campione di compilatori che lavorano in ambito ospedaliero reputano che non ci sia nessuna procedura da loro svolta che sia inutile e dolorosa nella propria UO.

5.4 Limiti

Il campione considerato dallo studio è un numero ristretto e i partecipanti fanno parte di una ristretta area geografica pertanto i risultati ottenuti possono non essere congruenti con la totalità della categoria degli infermieri.

Dato il numero ridotto, gli infermieri che lavorano in Hospice sono stati aggregati al gruppo ADI anche se non lavora in maniera dedicata ed esclusiva alle cure palliative.

Il questionario utilizzato nel presente lavoro non è stato trovato validato perché la letteratura è deficitaria sull'argomento del dolore procedurale nelle cure palliative e sulla assiduità dello svolgimento di procedure infermieristiche durante la giornata (Magnani et al., 2017).

Tra i limiti da citare, non può non essere considerato che i compilatori rispondono in modo soggettivo alle domande perché si tratta di un'autovalutazione, condizionata dall'autopercezione.

La parte qualitativa rilevata dalle domande aperte ha permesso allo studio di avere delle risposte varie con la precisazione di certi concetti, ma la risposta non sempre facilita la comprensione e l'analisi.

Perciò i risultati ottenuti non definiscono in maniera assoluta le competenze degli infermieri che hanno partecipato allo studio, ma analizzano le attività che mettono maggiormente in difficoltà i soggetti durante la presa in carico del paziente terminale.

Inoltre, la presenza di domande aperte, se da un lato ha permesso di dare la possibilità al compilatore di scrivere liberamente, non ha facilitato la comprensione dei motivi per i quali, nella seconda domanda, certe procedure siano state nominate meno di altre.

I motivi potrebbero essere diversi: o sono procedure considerate non dolorose oppure, secondo gli infermieri, sono effettivamente necessarie o semplicemente non vengono svolte nella loro unità operativa.

Per gli stessi limiti dovuti alla caratteristica delle domande aperte, con rischio elevato di bias, non è stato semplice comprendere se le risposte alla prima domanda sono state confuse dai compilatori con la seconda.

Infatti, dai risultati ottenuti non è chiaro se gli infermieri hanno risposto cosa reputano doloroso in generale per i pazienti terminali o hanno inteso come doloroso solo quello che viene svolto nel loro contesto lavorativo attuale secondo la loro esperienza personale.

6. CONCLUSIONI

Il dolore procedurale, ad oggi, è un tema ancora poco trattato, ma che inevitabilmente incide sulla qualità di vita del paziente terminale ed è quindi essenziale da considerare nell'ambito delle cure palliative che prendono in carico il paziente nella loro globalità.

Nonostante ciò, gli infermieri e i malati presi in carico sono tenuti ad interfacciarsi quotidianamente con questo evento, sollevando problemi etici dalle soluzioni contrastanti nei professionisti stessi e nell'equipe in cui lavorano.

Dallo studio è emerso che gli infermieri, in generale, si sentono in grado di gestire situazioni di dolore con il paziente terminale, soprattutto in ambienti dedicati a questo tipo di pazienti come ADI e Hospice, mentre l'ambiente ospedaliero è ancora in difficoltà nel gestire questo tipo di pazienti.

In ospedale sono ancora presenti procedure invasive che, come evidenziato nel questionario, secondo gli infermieri sono superflue e questo potrebbe provocare un sentimento di frustrazione da parte degli infermieri in ambiti di cure attive.

Questa analisi ha messo in luce che i punti di forza e i punti di debolezza degli infermieri sono gli stessi nella gestione del dolore procedurale, indipendentemente dal contesto in cui lavorano.

Risulta agevole per gli infermieri riferire al medico se il paziente esprime dolore durante la procedura, ma la parte qualitativa ha evidenziato che non si sentono altrettanto in grado di collaborare con il medico sulla decisione di svolgere o meno la procedura.

In ambito ospedaliero sembrerebbe che la collaborazione all'interno dell'equipe sia basata sull'esecuzione di comandi e comunicazioni unidirezionali e non sulla discussione in equipe di scelte etiche morali che andrebbero prese in gruppo.

Anche all'interno dello stesso gruppo di cure palliative si denota la presenza di una percentuale maggiore di infermieri che non attuano nessuna procedura ritenuta superflua e dolorosa in hospice rispetto agli infermieri che lavorano in ADI.

Questo probabilmente perché nell'AULSS7 non esiste ancora un servizio domiciliare dedicato e specifico esclusivamente per i pazienti in cure palliative, inoltre il medico palliativista, anche se fa parte del servizio, è uno solo per tutto il distretto e non copre tutti i giorni della settimana o tutte le fasce orarie.

Anche nelle equipe ospedaliere l'inserimento di un medico palliativista potrebbe essere un passo che permette di guidare le scelte dei professionisti sanitari, dando un senso per il gruppo di lavoro, per il paziente e anche per i suoi familiari al percorso di cura da intraprendere.

Per approfondire l'argomento trattato in questa tesi, potrebbe essere interessante utilizzare domande chiuse nell'analisi qualitativa, per identificare in maniera più chiara e diretta quali procedure sono più dolorose per il paziente terminale e quali, secondo gli infermieri, vengono inutilmente svolte nella loro unità operativa.

Potrebbe essere utile validare lo strumento perfezionando il questionario e, con ricerche successive, capire se potrebbe essere adatto ad analizzare questo tipo di tematica, estendendo l'indagine anche in altre strutture residenziali e semi-residenziali.

Sulla base dei risultati, potrebbe essere interessante approfondire la formazione dei futuri infermieri e integrare i corsi di aggiornamento per migliorare le abilità di approccio dei professionisti al paziente terminale anche in ambiti ospedalieri e non solo quelli dedicati alle cure palliative.

Inoltre, essendo il questionario auto valutativo, e quindi basato sulla percezione della propria efficacia, sarebbe utile per gli infermieri avere un riscontro da parte dei pazienti e dei loro familiari per capire dove migliorare e se sentono che il loro dolore durante le procedure attuate sia davvero considerato.

BIBLIOGRAFIA

Aubert, L., Denis, M., Cudennec, T., Moulias, S., Teillet, L., & Pépin, M. (2022). Cure palliative e accompagnamento in geriatria. EMC - AKOS - Trattato di Medicina, 24(1), 1–7. [https://doi.org/10.1016/S1634-7358\(22\)46087-6](https://doi.org/10.1016/S1634-7358(22)46087-6)

Bailey, F. A., Williams, B. R., Goode, P. S., Woodby, L. L., Redden, D. T., Johnson, T. M., Taylor, J. W., & Burgio, K. L. (2012). Opioid Pain Medication Orders and Administration in the Last Days of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(5), 681–691. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.11.006>

Briggs, E. (2008). Cultural Perspectives on Pain Management. *Journal of Perioperative Practice*, 18(11), 468–471. <https://doi.org/10.1177/175045890801801101>

Broad, J. B., Gott, M., Kim, H., Boyd, M., Chen, H., & Connolly, M. J. (2013). Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *International Journal of Public Health*, 58(2), 257–267. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0394-5>

Calsina-Berna, A., Amblàs Novellas, J., González-Barboteo, J., Bardés Robles, I., Beas Alba, E., Martínez-Muñoz, M., Madariaga Sánchez, R., & Gómez Batiste Alentorn, X. (2022). Prevalence and clinical characteristics of patients with Advanced Chronic Illness and Palliative Care needs, identified with the NECPAL CCOMS-ICO© Tool at a Tertiary Care Hospital. *BMC Palliative Care*, 21(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01101-4>

Care, W. E. C. on C. P. R. and A. S., & Organization, W. H. (1990). Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/39524>

Cutler, D., Deaton, A., & Lleras-Muney, A. (2006). The Determinants of Mortality. *Journal of Economic Perspectives*, 20(3), 97–120. <https://doi.org/10.1257/jep.20.3.97>

Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95–111. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.02.003>

Davies, A. N., Dickman, A., Reid, C., Stevens, A., & Zeppetella, G. (2009). The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain*, 13(4), 331–338. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.06.014>

Gardiner, C., Cobb, M., Gott, M., & Ingleton, C. (2011). Barriers to providing palliative care for older people in acute hospitals. *Age and Ageing*, 40(2), 233–238. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq172>

Gatlin, C. G., & Schulmeister, L. (2007). When Medication Is Not Enough: Nonpharmacologic Management of Pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 699–704. <https://doi.org/10.1188/07.CJON.699-704>

Gott, M., Ingleton, C., Bennett, M. I., & Gardiner, C. (2011). Transitions to palliative care in acute hospitals in England: Qualitative study. *BMJ*, 342, d1773. <https://doi.org/10.1136/bmj.d1773>

Gott, M., Seymour, J., Ingleton, C., Gardiner, C., & Bellamy, G. (2012). ‘That’s part of everybody’s job’: The perspectives of health care staff in England and New Zealand on the meaning and remit of palliative care. *Palliative Medicine*, 26(3), 232–241. <https://doi.org/10.1177/0269216311408993>

Le conoscenze e le attitudini degli infermieri nella gestione del dolore: Una revisione narrativa della letteratura – *Pain Nursing Magazine*. (s.d.). Recuperato 18 ottobre 2023, da <https://www.painnursing.it/le-conoscenze-e-le-attitudini-degli-infermieri-nella-gestione-del-dolore-una-revisione-narrativa-della-letteratura-2/>

Macindo, J. R. B., Soriano, C. A. F., Gonzales, H. R. M., Simbulan, P. J. T., Torres, G. C. S., & Que, J. C. (2018). Development and psychometric appraisal of the Pain

Management Self-Efficacy Questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 74(8), 1993–2004. <https://doi.org/10.1111/jan.13582>

Magnani, C., Mastroianni, C., Ruggeri, P., & Casale, G. (2015). Revisione della letteratura sul dolore procedurale nel paziente adulto in fase avanzata di malattia. *Rivista Italiana di Cure Palliative*, 2015 Luglio-Settembre. <https://doi.org/10.1726/3053.30488>

Magnani, C., Giannarelli, D., & Casale, G. (2017). Procedural Pain in Palliative Care: Is It Breakthrough Pain? A Multicenter National Prospective Study to Assess Prevalence, Intensity, and Treatment of Procedure-related Pain in Patients With Advanced Disease. *The Clinical Journal of Pain*, 33(8), 707–714. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000450>

Malquarti, A. (2020). Curare quando non si può guarire: la figura dell'ergoterapista nell'ambito delle cure palliative. Una revisione della letteratura (Doctoral dissertation, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana).

McCourt, R., James Power, J., & Glackin, M. (2013). General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: A literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(10), 510–516. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.10.510>

Ministero della Salute. Hospice. Recuperato 18 ottobre 2023, da https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=419&area=investimenti&menu=vuot (Sito).

Ministero della Salute, (2021). Dalla legge 38 del 2010 ai provvedimenti attuativi. https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5555&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge (Sito).

Murray, S. A., Kendall, M., Mitchell, G., Moine, S., Amblàs-Novellas, J., & Boyd, K. (2017). Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*, j878. <https://doi.org/10.1136/bmj.j878>

Oka, S., Chapman, C. R., Kim, B., Shimizu, O., Noma, N., Takeichi, O., Imamura, Y., & Oi, Y. (2010). Predictability of Painful Stimulation Modulates Subjective and Physiological Responses. *The Journal of Pain*, 11(3), 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.07.009>

Pivodic, L., Pardon, K., Morin, L., Addington-Hall, J., Miccinesi, G., Cardenas-Turanzas, M., Onwuteaka-Philipsen, B., Naylor, W., Ruiz Ramos, M., Van den Block, L., Wilson, D. M., Loucka, M., Csikos, A., Rhee, Y. J., Teno, J., Deliens, L., Houttekier, D., Cohen, J., & EURO IMPACT. (2016). Place of death in the population dying from diseases indicative of palliative care need: A cross-national population-level study in 14 countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(1), 17–24. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-205365>

Portenoy, R. K., & Hagen, N. A. (1990). Breakthrough pain: Definition, prevalence and characteristics. *Pain*, 41(3), 273–281. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(90\)90004-W](https://doi.org/10.1016/0304-3959(90)90004-W)

Puntillo, K. A., White, C., Morris, A. B., Perdue, S. T., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., & Wild, L. R. (2001). Patients' perceptions and responses to procedural pain: Results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 10(4), 238–251.

Saiani L., & Brugnolli A. (2013), *Trattato di Cure Infermieristiche*, Idelson Gnocchi
Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002a). Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91–96. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2)

Savini, M., Alberti, A., & Tinti, S. (2023). Fine vita nelle strutture ospedaliere: Qualità delle cure e vissuti infermieristici. Revisione della letteratura. *Rivista Italiana di Cure Palliative*, 2023Aprile-Giugno. <https://doi.org/10.1726/4046.40285>

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002b). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91–96. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2)

Teno, J. M., Gozalo, P. L., Bynum, J. P. W., Leland, N. E., Miller, S. C., Morden, N. E., Scupp, T., Goodman, D. C., & Mor, V. (2013). Change in End-of-Life Care for Medicare Beneficiaries: Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA*, 309(5), 470. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.207624>

Venturiero, V., Tarsitani, P., Liperoti, R., Ardito, F., Carbonin, P., Bernabei, R., & Gambassi, G. (s.d.). Cure palliative nel paziente anziano terminale.

Wright, A. A., Keating, N. L., Balboni, T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2010). Place of Death: Correlations With Quality of Life of Patients With Cancer and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. *Journal of Clinical Oncology*, 28(29), 4457–4464. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.26.3863>

Yun, Y. H., Lim, M. K., Choi, K.-S., & Rhee, Y. S. (2006). Predictors associated with the place of death in a country with increasing hospital deaths. *Palliative Medicine*, 20(4), 455–461. <https://doi.org/10.1191/0269216306pm1129oa>

Zanotti Fragonara, E. (2019). Gestione infermieristica del breakthrough cancer pain: uno studio trasversale multicentrico. *L'Infermiere*, 56(2).

NORMATIVE E DOCUMENTI

D.M. 739/1994, art. 1 comma 3. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

Decreto Del Presidente Della Repubblica (2003) Le Cure Palliative. Gazzetta Ufficiale n. 139 del 18.06.03, Suppl. Ordinario n. 95, Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005, Allegato 1, Parte Seconda, 3.2.3.

Federazione Nazionale Collegi Ipasvi (2009) Codice Deontologico dell'Infermiere

Legge 15 Marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 Marzo 2010.

AIOM-SICP (2015) Cure Palliative Precoci e Simultanee. Documento del Tavolo di Lavoro AIOM-SICP (Associazione Italiana di Oncologia Medica-Società Italiana di Cure Palliative), Glossario, 6.

DPCM n. 23 del 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Prandi, C., Mastroianni, C., D'Angelo, D., Marson, R., Malinverni, E., & Guarda, M. (2018). Il Core Competence Italiano Dell'infermiere In Cure Palliative (Italian Palliative Nursing Core Competence).

DGR Regione Veneto n. 553/2018. Approvazione del Percorso integrato di cura a supporto dello sviluppo della rete di cure palliative in età adulta. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. del 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015". Allegato 1.

The European House – Ambrosetti (2020), Rapporto 2020, Meridiano Sanità: Le coordinate della salute, Page 292-294 Reperibile su: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669&articolo=2>

Provvedimenti Attuativi alla Legge n. 38/2010, Aggiornamento normativo al 31 Dicembre 2020, a cura di Mariadonata Bellentani, Daniela Furlan, Gianlorenzo Scaccabarozzi; editing di Matteo Crippa e Daniela Furlan

UOC Cure Palliative ULSS 7 Pedemontana (2023) Carta dei Servizi, reperibile su <https://www.aulss7.veneto.it/hospice>. Ultimo accesso: 27 ottobre 2023.

ALLEGATI

Allegato 1, Questionario autovalutativo utilizzato per la raccolta dati.



CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
Polo Didattico di Schio
Casa della Salute - Via De Lellis, 1 SCHIO
Tel. 0445-509780
e-mail: cdl-inf@aulss7.veneto.it

*Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Schio*



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Buongiorno,

Sono Gottardi Marta, una studentessa che frequenta il CdL in Infermieristica presso l'Università degli Studi di Padova, nella sede di Schio.

Sto svolgendo una raccolta dati somministrando il seguente questionario agli infermieri operanti in contesti dove possono essere presenti pazienti terminali.

Ho utilizzato come strumento il Pain Management Self-Efficacy Questionnaire (Macindo et al. 2018), tradotto in italiano, adatto all'argomento della tesi e integrato con domande aggiuntive relative all'obiettivo dello studio. È stato inoltre utilizzato anche il questionario Professional-Competence del Core Curriculum Infermieristico in cure palliative (CCICP) come spunto per alcune domande.

Le domande richiedono un pensiero autocritico di riflessione nello svolgimento di procedure e attività di nursing care sull'attenzione del dolore dei pazienti in queste occasioni.

- Età: _____

Uomo Donna Preferisco non rispondere

- Da quanti anni lavora come infermiere? _____

- In che contesto lavora attualmente?

Hospice Medicina Generale Geriatria Assistenza Domiciliare Integrata

- Da quanto tempo lavora in questo contesto? _____

- Ha conseguito il master in cure palliative?

Sì No

Inserisca una crocetta nella casella con il numero che corrisponde alla Sua sensazione, sapendo che il valore 0 corrisponde a "non mi sento mai in grado" e il punteggio 5 corrisponde a "mi sento sempre in grado".

Chiedo di rispondere in modo sincero alle domande e ricordo che i dati saranno elaborati in maniera totalmente anonima e aggregata.

Sono in grado di avvisare sempre il paziente prima di iniziare una procedura che potrebbe causare dolore	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di selezionare il metodo di valutazione del dolore più appropriato e affidabile in pazienti di diversi gruppi di età	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di assistere il paziente nell' alleviare ansia e stress indotti dal dolore	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di riconoscere le procedure che provocano dolore incidente al paziente	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di integrare modalità alternative di gestione del dolore in modo sicuro ed affidabile	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di erogare cure non farmacologiche per la gestione del dolore in pazienti di diversi gruppi di età	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di documentare il dolore del paziente in modo coerente con quanto riferito dal paziente stesso, e non secondo la mia valutazione personale	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di collaborare in modo efficiente con l'equipe per alleviare il dolore	0	1	2	3	4	5
Sono in grado, dopo un' intervento attuato, di documentare il dolore del paziente in modo coerente con quanto riferito dal paziente, e non secondo quanto mi aspetto dal trattamento	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di assistere il paziente con dolore nello svolgimento delle sue attività fisiche.	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di prestare sempre attenzione al dolore del paziente nell'effettuare procedure potenzialmente dolorose	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di somministrare, quando prescritto, sempre la terapia farmacologica prima dell'esecuzione di una procedura potenzialmente dolorosa	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di somministrare in sicurezza le terapie farmacologiche del dolore prescritte a pazienti di vari gruppi di età	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di aiutare i pazienti nella gestione del dolore da basso a moderato	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di riconoscere il tempo di efficacia del farmaco analgesico e aspettare prima di iniziare la procedura	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di valutare accuratamente espressioni non-verbali di dolore in pazienti di vari gruppi di età	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di riferire al medico che il paziente esprime dolore , sia in modo verbale che non verbale, durante lo svolgimento di una tua procedura	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di eseguire una valutazione del dolore a seguito di interventi eseguiti (entro 30-60 min)	0	1	2	3	4	5
Sono in grado di collaborare con il personale medico nel caso in cui la procedura terapeutica o diagnostica prescritta non sia necessaria	0	1	2	3	4	5

Delle procedure attuate nel Suo reparto, quali considera più dolorose e stressanti per il paziente terminale?

Qual è la procedura maggiormente svolta nel Suo reparto che ritiene superflua su un paziente terminale?

Ringrazio per la gentile collaborazione,

Gottardi Marta

Allegato 2 Descrizione del campione.

	N	Minima	Massima	Media
Età	72	22 anni	60 anni	39,6
Anni di esperienza come infermiere	72	1 anno	40 anni	15,78
Anni di esperienza nell'attuale unità operativa	72	2 mesi	37 anni	7,3179

Allegato 3 Descrizione del campione nel gruppo A.

	N	Minimo	Massimo	Media
Età	36	22 anni	58 anni	35,11
Anni di esperienza come infermiere	36	1 anno	38 anni	10,56
Anni di esperienza nell'attuale unità operativa	36	2 mesi	37 anni	6,2969
Validi	36			

Allegato 4 Descrizione del campione nel gruppo B.

	N	Minimo	Massimo	Media
Età	36	23	60 anni	44,08
Anni di esperienza come infermiere	36	10 mesi	40 anni	21
Anni di esperienza nell'attuale unità operativa	36	3 mesi	30 anni	8,3389
Validi	36			

Allegato 5 Procedure maggiormente dolorose per il paziente terminale secondo gli infermieri.

	Medicina	Geriatria	Hospice	ADI
Catetere Vescicale	1	0	0	20
Broncoaspirazione	0	5	2	10
Medicazione	2	0	2	4
Clistere Evacuativo	1	1	1	0
Monitoraggio Condizioni del Paziente	1	1	0	0
Terapie e Trattamenti Curativi	0	5	0	0
Procedure Diagnostiche Strumentali	1	3	0	0
Punture Artero-Venose	24	16	1	9
Interventi di Mantenimento	4	7	12	8
Alimentazione Forzata	0	6	0	6

Allegato 6 Procedure dolorose per il paziente terminale svolte nelle unità operative, ritenute superflue dagli infermieri.

	Medicina	Geriatria	Hospice	ADI
Catetere Vescicale	5	0	0	7
Broncoaspirazione	0	1	0	3
Medicazione	0	0	0	3
Clistere Evacuativo	0	0	0	0
Monitoraggio Condizioni Del Paziente	3	10	0	2
Terapie e Trattamenti Curativi	1	11	1	5
Procedure Diagnostiche Strumentali	3	1	0	2
Punture Artero-Venose	19	7	0	5
Interventi Di Mantenimento	0	0	1	2
Alimentazione Forzata	0	3	0	0
Nessuna	1	1	12	10

Allegato 7 Procedure dolorose, svolte sul paziente terminale nelle unità operative, ritenute superflue dagli infermieri dei gruppi A e B.

	A	B
Catetere Vescicale	5	7
Broncoaspirazione	1	3
Medicazione	0	3
Clistere Evacuativo	0	0
Monitoraggio Condizioni Del Paziente	13	2
Terapie E Trattamenti Curativi	12	6
Procedure Diagnostiche Strumentali	4	2
Punture Artero-Venose	26	5
Interventi Di Mantenimento	0	3
Alimentazione Forzata	3	0
Nessuna	2	22