



Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**IL DOLORE IN AREA MEDICA: ATTEGGIAMENTI E
CONOSCENZE A CONFRONTO**

Relatore: **Prof. Genovese Andrea**
Correlatore: **Dott.ssa Cinzia Berto**

Laureanda:
Michela Martinello
Matricola n° 1024679

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT	<i>pag.</i> 1
INTRODUZIONE	<i>pag.</i> 3
CAPITOLO I: SCOPO DELLO STUDIO	
1.1 Problema	<i>pag.</i> 5
1.2 Quesiti della ricerca	<i>pag.</i> 7
1.3 Obiettivo	<i>pag.</i> 8
CAPITOLO II: QUADRO TEORICO	
2.1 Definizione di dolore	<i>pag.</i> 9
2.2 Fisiopatologia del dolore	<i>pag.</i> 9
2.3 Classificazione del dolore	<i>pag.</i> 11
2.3.1 Il dolore acuto	<i>pag.</i> 11
2.3.2 Il dolore cronico	<i>pag.</i> 11
2.3.3 Il dolore oncologico	<i>pag.</i> 12
2.3.4 Il dolore nocicettivo	<i>pag.</i> 12
2.3.5 Il dolore neuropatico	<i>pag.</i> 12
2.4 Assistenza infermieristica e dolore	<i>pag.</i> 13
2.4.1 Premesse	<i>pag.</i> 13
2.4.2 L'accertamento infermieristico del dolore	<i>pag.</i> 14
2.4.3 Strumenti per l'accertamento del dolore	<i>pag.</i> 14
2.4.4 Strategie per il trattamento del dolore	<i>pag.</i> 15
2.4.4.1 Trattamenti farmacologici	<i>pag.</i> 15
2.4.4.2 Trattamenti non farmacologici	<i>pag.</i> 16
CAPITOLO III: MATERIALI E METODI	
3.1 Contesto	<i>pag.</i> 17
3.2 Campionamento	<i>pag.</i> 17
3.3 Disegno dello studio	<i>pag.</i> 17
3.4 Raccolta dati	<i>pag.</i> 17
3.5 Strumenti di rilevazione	<i>pag.</i> 18
3.6 Analisi dei dati	<i>pag.</i> 18

CAPITOLO IV: RISULTATI

- 4.1** Descrizione del campione *pag.* 21
4.2 Risultati sul campione *pag.* 21

CAPITOLO V: DISCUSSIONE

- 5.1** Considerazioni generali sui risultati *pag.* 25
5.2 Limiti dello studio *pag.* 28
5.3 Raccomandazioni per la ripetizione di uno studio analogo *pag.* 29
5.4 Implicazioni per la pratica *pag.* 29

CONCLUSIONI *pag.* 31

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

Il dolore in Area Medica risulta essere sottostimato secondo la letteratura scientifica nazionale ed internazionale. Numerosi studi evidenziano atteggiamenti e scarsità di conoscenze, false credenze del personale sanitario che inficiano la pratica clinica, relativamente ai metodi di trattamento farmacologico del dolore, la paura dei rischi correlati all'uso degli oppioidi, la difficoltà a considerare come dato di riferimento la valutazione soggettiva dell'intensità dolorosa riferita dal paziente, definita *self – report pain*. Emerge quindi l'esigenza di accertare e valutare lo stato dell'arte relativo alle conoscenze reali e gli atteggiamenti riguardo la gestione del dolore. Il Comitato "Ospedale – Territorio senza dolore", presente nell'Azienda ospedaliera ULSS 13 a partire dal 2011, rileva annualmente i dati sulle conoscenze dei professionisti sanitari. L'oggetto del presente studio è l'analisi dei dati, raccolti dal 2012 ad oggi, rilevati attraverso la somministrazione di un questionario costituito da 20 domande volto ad indagare le conoscenze e gli atteggiamenti del personale sanitario operante nelle U.O. di Area Medica e Geriatrico - Riabilitativa, per determinare le criticità nella gestione del dolore e l'efficacia degli interventi formativi, così da definire i contenuti di quelli futuri. Ecco perché la valutazione viene eseguita sulle risposte errate e non su quelle corrette. Dall'analisi dei dati si rileva che il risultato medio Ospedaliero di risposte errate al questionario parte da un valore pari al 32,65% del 2012 ad un 30,5% del 2015. La media percentuale di risposte errate rilevate in Area Medica nel 2012 era del 34,79%, diversamente dalla media rilevata in Area Geriatrico – Riabilitativa pari a 29,59%. I dati dal 2012 al 2015 dimostrano un trend sostanzialmente stabile nelle UU.OO. dell'Area Medica, mentre nell' Area Geriatrico Riabilitativa il trend risulta in leggera flessione che può esser ritenuta entro i limiti dello studio. Il valore medio percentuale per risposta rappresenta il dato di riferimento per definire le criticità. In conclusione si può ritenere che le conoscenze e gli atteggiamenti del personale dell'ULSS 13 hanno ottenuto risultati migliori rispetto alla media nazionale. Lo studio evidenzia quindi l'esigenza di operare sulla cultura del diritto alla non sofferenza con programmi didattico formativi ad hoc.

INTRODUZIONE

Il dolore è definito come un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata ad un danno tissutale, reale o potenziale, o descritta in termini di tale danno¹. Risulta necessario studiare, ascoltare e comprendere tale esperienza individualmente, in modo tale che i professionisti sanitari possano gestirlo in modo adeguato ed efficace, e sappiano dare sollievo, come esplicitato dai principi fondamentali dell'assistenza infermieristica². Il Codice Deontologico degli Infermieri all' Art. 34, Capo IV cita: "L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza, si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari"³. L'introduzione della Legge n. 38 del 15 Marzo 2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"⁴ garantisce, quale obiettivo principe, l'accesso del malato alle cure palliative e ad una idonea terapia per combattere il dolore, stabilendo una rete territoriale a livello nazionale, al fine di rafforzare la continuità assistenziale del paziente dalla struttura ospedaliera al suo domicilio. L'importanza di una adeguata gestione del dolore è stata riconosciuta attraverso la realizzazione in ogni Azienda ospedaliera di un Comitato denominato "Ospedale – Territorio senza dolore", preposto alla sensibilizzazione del personale sanitario nella rilevazione del dolore – quale quinto parametro vitale – e la sua documentazione, come previsto all'Art. 7 della stessa Legge, nella cartella clinica. Inoltre il Comitato valuta periodicamente gli atteggiamenti e le conoscenze dei professionisti sanitari al fine di pianificare gli interventi formativi in base alle criticità riscontrate. Questa Legge nasce dall'esigenza di arginare un problema ancora oggi diffuso: la sottovalutazione del dolore. Diversi studi dimostrano che gli assistiti continuano a soffrire di un dolore e un disagio non necessari⁵, spesso trascurati e sottostimati nella pratica clinica⁶. Il dolore in Area Medica, in particolare, rappresenta oggi uno dei principali problemi sanitari a livello mondiale, conseguentemente all'invecchiamento della popolazione, quindi all'aumento delle patologie cronico – degenerative e oncologiche⁷. I risultati di numerose indagini svolte nel corso degli ultimi vent'anni, sia a livello internazionale che nazionale, forniscono la prova che molti infermieri mancano di competenze adeguate per gestire e trattare il dolore⁸⁻¹⁰ e che spesso la pratica clinica è condizionata dai pregiudizi e dagli errori, più che dalle conoscenze basate sulle evidenze scientifiche¹¹. Le conoscenze possedute dal personale sanitario sono determinate dalla formazione accademica¹², dall'accesso a corsi formativi¹³, e integrate dall'esperienza maturata nella pratica clinica^{14,15}. Falsi miti e pregiudizi insiti nei professionisti sanitari

rappresentano il riflesso della conoscenza inadeguata riguardante il *management* del dolore^{9,16}, e costituiscono delle vere e proprie barriere ad un corretto approccio alla persona che prova dolore. Per raggiungere l'obiettivo di una più adeguata gestione del dolore volta a migliorare la qualità di vita del paziente, medici e infermieri devono conoscere le manifestazioni fisiologiche e psicologiche del dolore acuto e cronico (persistente); devono possedere abilità e conoscenze per accertare il dolore e i suoi effetti sulla persona assistita, per attuare strategie di sollievo dal dolore e per valutarne l'efficacia. Emerge quindi l'esigenza di valutare lo stato dell'arte relativo alle conoscenze reali e gli atteggiamenti riguardo la gestione del dolore, appartenenti al personale sanitario operante in un'Azienda ospedaliera del Nord Italia. Il Comitato "Ospedale – Territorio senza dolore", presente nell'Azienda ospedaliera ULSS 13 a partire dal 2012, rileva annualmente i dati sulle competenze dei professionisti sanitari attraverso la somministrazione di un questionario a tutto il personale nell'arco della Giornata del Sollievo, iniziativa promossa dal Ministero della Salute e dalla Fondazione Nazionale "Gigi Ghirotti", coincidente con l'ultima domenica di Maggio. L'oggetto del presente studio è l'analisi dei dati, raccolti dal Comitato dal 2012 ad oggi, relativi alle Unità Operative (U.O.) di Area Medica e Geriatrico – Riabilitativa, con l'obiettivo di indagare le conoscenze e gli atteggiamenti del personale medico – infermieristico, per determinare le criticità nella gestione del dolore, a fronte di una documentata sottovalutazione del dolore cronico, e l'efficacia degli interventi formativi, così da definire i contenuti di quelli futuri.

CAPITOLO 1: SCOPO DELLO STUDIO

1.1 Problema

Il dolore è un'esperienza soggettiva diffusa, che viene affrontata e vissuta dalla persona in base alle proprie caratteristiche psicologiche, emozionali e cognitive. I suoi effetti invalidanti riguardano la sfera fisica ed emotiva, oltre ad alterare la qualità di vita della persona¹⁵. L'indagine condotta da Breivik nel 2006 ha interessato 15 Paesi europei, compresa l'Italia, e ha evidenziato che il dolore riguarda il 19% della popolazione adulta. Quasi 1/5 del campione ha dichiarato di aver sopportato dolore per più di 6 mesi, provando dolore nell'ultimo mese e più volte durante l'ultima settimana rispetto al momento dell'intervista; inoltre, tale porzione di campione ha riferito un'intensità di dolore da moderata a severa, che inficia seriamente la qualità della vita sociale e lavorativa. Solo una piccola parte (2%) è stata trattata da specialisti del dolore, mentre quasi la metà non ha ricevuto un adeguato trattamento per il dolore¹⁷. Nonostante una crescente disponibilità di linee guida *evidence – based*, di farmaci per il controllo del dolore, di provvedimenti normativi per promuovere l'impiego di analgesici oppioidi nella terapia del dolore, una frazione consistente della popolazione europea continua a presentare dolore. L'Italia è al terzo posto in Europa, dopo Norvegia e Belgio, per la prevalenza del dolore cronico, e al primo posto per la prevalenza del dolore cronico severo, con una percentuale del 13%¹⁷. Numerosi studi condotti in Italia dimostrano che molte persone continuano a soffrire di un dolore e un disagio non necessari⁵, spesso trascurati e sottostimati nella pratica clinica⁶. Il personale sanitario, infatti, è portato a sottostimare l'intensità del dolore, dando una valutazione arbitraria, che spesso è il risultato della routinarietà del proprio lavoro¹⁰. Dalla letteratura emerge che il dolore rappresenta un problema assistenziale di priorità assoluta, sia per l'invecchiamento della popolazione, che per l'aumento delle patologie cronico – degenerative ed oncologiche⁷. Lo studio di Visentin del 2005 ha analizzato 4523 pazienti ospedalizzati in strutture italiane, riportando una prevalenza di dolore severo doppia nelle unità di Medicina Generale rispetto ai reparti chirurgici e segnalando che parte dei pazienti ricevevano un trattamento insufficiente a controllare il sintomo⁵. Lo studio nazionale sul dolore in ospedale di Sicchetti del 2010 evidenzia come il ricovero in un *setting* non oncologico rappresenti un fattore di rischio indipendente per ricevere un inadeguato trattamento del dolore¹⁸. In particolare, l'area internistica si associa ad una inappropriata gestione del dolore rispetto a quella oncologica, suggerendo la necessità di un maggiore impegno formativo in tale ambito. Nonostante la

rilevanza del problema, la letteratura scientifica offre ridotti riferimenti sulla prevalenza del dolore cronico benigno nelle Unità Operative (U.O.) dell'Area Medico – Internistica e Geriatrica, mentre sono ben più consistenti gli studi realizzati sul dolore in Area Oncologica e Chirurgica. In quest'ultima, specialmente, l'incidenza del dolore è minore rispetto alle altre Aree, poiché il dolore post – operatorio è considerato un dolore prevedibile, e generalmente reversibile, trattato con attenzione anche dagli anestesisti, diversamente da quello cronico. Nel 2014 Fabbian ha valutato la prevalenza del dolore in una coorte di 526 pazienti ricoverati nell'U.O. di Medicina Interna dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, segnalando che il 41,6% del campione percepisce un dolore da moderato a severo¹⁹. Dai risultati di un altro studio realizzato in otto U.O. di Geriatria emerge che il 67,3% dei 367 pazienti ricoverati valutati riporta dolore, spesso associato ad altre patologie, e che il 74,5% considera la terapia troppo lieve ed inefficace⁷. Le indagini svolte con l'obiettivo di verificare nel personale sanitario le conoscenze sulla gestione del dolore, gli atteggiamenti nei confronti della persona che prova dolore, le criticità della formazione e, non meno importante, la sensibilità al problema, forniscono gli elementi per determinare che molti professionisti sanitari mancano delle adeguate sensibilità e competenze per gestire e trattare il dolore⁸⁻¹⁰ e che spesso la pratica clinica è condizionata dai falsi miti e da credenze errate, più che da conoscenze basate sulle evidenze scientifiche¹¹. Le carenze conoscitive e i pregiudizi insiti nei professionisti sanitari rappresentano un vero e proprio ostacolo ad un corretto approccio alla persona che prova dolore. La letteratura scientifica documenta tra le false credenze e gli atteggiamenti che inficiano la pratica clinica:

- La scarsa conoscenza sui metodi di trattamento farmacologico del dolore²⁰
- Il timore dei rischi correlati all'uso degli oppioidi, quali la depressione respiratoria, la tolleranza, la dipendenza^{16,21-23}
- La scarsa conoscenza degli effetti benefici e avversi dei trattamenti sugli assistiti^{24,25}
- Lo scarso utilizzo di strumenti oggettivi di valutazione del dolore²⁴
- La difficoltà a considerare come dato di riferimento la valutazione soggettiva dell'intensità di dolore riferita dal paziente, definita *self – report pain*^{2,11}.

È curioso evidenziare come negli ultimi anni in Italia nonostante una scarsa conoscenza ed un atteggiamento tendenzialmente negativo sull'impiego di farmaci oppioidi, si sia di fatto verificata una inversione di tendenza nella prescrizione e nell'uso di tali farmaci così come testimoniato dall'Agenzia Italiana del Farmaco, sulla base del Rapporto OsMed relativo a

gennaio – settembre 2014, che ha registrato un aumento del consumo di alcaloidi naturali dell'oppio (morfina, idromorfone, oxicodone e codeina in associazione) e di altri oppiacei (tramadolo e tapentadolo. La strategia per implementare la qualità delle cure, quindi per ridurre la prevalenza del dolore negli ospedali e nel territorio, è rappresentata dagli interventi, con programmi che dovrebbero focalizzarsi sulle nozioni di farmacologia generale, sulle modalità di accertamento dell'intensità del dolore e di integrazione delle conoscenze nella pratica clinica, sull'uso degli analgesici oppioidi; inoltre, aggiornamenti costanti, con l'integrazione delle più recenti linee guida nell'assistenza quotidiana, costituiscono un valido supporto alle conoscenze possedute dal personale medico – infermieristico^{8,11,21,26}. L'adeguata formazione degli operatori sanitari consente di superare la riluttanza e le resistenze a prescrivere gli oppioidi e di rendere il sollievo dal dolore una priorità nella cura del paziente²⁷.

1.2 Quesiti della ricerca

La documentata sottostima del dolore in Area Medica, il diffuso problema della sua sottovalutazione e la frequenza di trattamenti inadeguati all'intensità percepita dai pazienti determinano l'insorgenza di alcuni quesiti a cui il presente studio intende rispondere:

- Le conoscenze e gli atteggiamenti del personale sanitario dell'ULSS 13 sono adeguati?
- Si possono confermare i risultati nazionali anche per la realtà dell'ULSS 13?

1.3 Obiettivo dello studio

Lo studio si pone come obiettivo quello di indagare le conoscenze ed gli atteggiamenti del personale sanitario riguardo la gestione del dolore nell'Area Medico – Internistico e a quella Geriatrico Riabilitativa dell'ULSS 13, allo scopo di individuare possibili criticità nella gestione del dolore, e confermando o smentendo, la documentata esperienza nazionale che delinea una generalizzata sottovalutazione del dolore cronico. Inoltre valutare l'efficacia degli interventi formativi focalizzati sul *management* del dolore.

CAPITOLO 2: QUADRO TEORICO

2.1 Definizione di dolore

Il dolore è definito come un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata ad un danno tissutale, reale o potenziale, o descritta in termini di tale danno¹. Il dolore può assumere anche carattere invalidante, per taluni pazienti, indipendentemente dalla malattia, pertanto costituisce una delle più frequenti cause di richiesta di assistenza sanitaria. La gestione del dolore è considerata una parte così importante dell'assistenza, che l'American Pain Society (2003) ha definito il dolore come il quinto parametro vitale, per enfatizzare il suo significato e aumentare la consapevolezza fra i professionisti sanitari dell'importanza dell'efficacia della sua gestione. Ciò suggerisce che l'accertamento del dolore dovrebbe essere un comportamento routinario tanto quanto la misurazione della pressione arteriosa. Inoltre, la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2005) ha inserito la gestione del dolore nei propri standard, affermando che "il dolore va accertato in tutti gli assistiti" e che gli "Assistiti hanno diritto ad un appropriato accertamento del dolore". La natura soggettiva del dolore viene sottolineata nella definizione di McCaffery e Pasero (1999): il dolore è "Qualsiasi cosa la persona dica esso sia; esiste quando la persona che lo sperimenta dice che esiste". Gli assistiti sono i massimi esperti della presenza di dolore. Per questo, la validazione dell'esistenza del dolore è basata sulla dichiarazione di presenza del dolore da parte dell'assistito. Credere alla persona che riferisce dolore è importante quanto sorvegliare una persona che nega di soffrire nelle situazioni in cui, di solito, il dolore è presente. È importante distinguere il dolore dalla sofferenza: quest'ultima è una risposta emotiva associata all'aumento del dolore e ad eventi che mettono in pericolo l'integrità di una persona, mentre il dolore è associato ad eventi che mettono in pericolo i tessuti¹. Le persone possono soffrire senza dolore, avere dolore e non soffrire, oppure avere dolore e soffrire contemporaneamente. L'accertamento e il trattamento per il dolore e la sofferenza possono essere piuttosto diversi.

2.2 Fisiopatologia del dolore

L'esperienza sensoriale di dolore dipende dall'interazione fra il sistema nervoso e l'ambiente. La sensazione dolorosa è mediata da un sistema che si estende dalla periferia con i nocicettori, fino alla corteccia cerebrale, passando attraverso il corno posteriore del midollo spinale. I nocicettori sono terminazioni nervose libere nei tessuti, che rispondono a

stimoli meccanici, termici e chimici, traducendoli in potenziali d'azione che progrediscono dalla sede di stimolazione verso il midollo spinale, attraverso due diverse vie di conduzione: le fibre A – delta che permettono una conduzione più rapida, e determinano l'insorgenza di un dolore pungente e ben localizzato, perciò immediatamente associabile ad un danno tissutale e le fibre C che trasmettono l'informazione relativa ad un dolore sordo e diffuso, con una velocità di conduzione più lenta. I segnali portati dalle fibre A-delta e dalle fibre-C viaggiano lungo le fibre dei tessuti periferici, attraverso le radici dorsali del midollo spinale e terminano nelle corna dorsali dello stesso. Da qui, l'impulso doloroso viene condotto alla corteccia cerebrale attraverso due percorsi:

- La via neospinotalamica, che ha una diretta proiezione a livello talamo – corticale, trasmettendo informazioni nocicettive specifiche, con precise connotazioni spaziali anatomiche, definito anche il percorso del dolore acuto.
- La via paleospinotalamica che veicola una sensazione dolorosa diffusa, persistente, sorda verso la sostanza reticolare e le strutture limbiche corticali e sotto – corticali.

La modulazione dello stimolo nocicettivo comporta l'alterazione della trasmissione neurale afferente lungo la via del dolore, quindi della percezione del dolore. Le corna dorsali del midollo spinale sono il sito più comune per la modulazione del dolore, che può determinare inibizione o aumento del segnale doloroso. La modulazione inibitoria spinale del dolore includono il rilascio di neurotrasmettitori inibitori (acido gamma – aminobutirrico) e l'attivazione delle vie efferenti discendenti del dolore (rilascio di noradrenalina, serotonina ed endorfine a livello delle corna dorsali)²⁸. A tal proposito esiste una teoria secondo la quale le cellule delle corna dorsali agiscono come un cancello, chiudendosi o aprendosi permettono che gli impulsi nocicettivi raggiungano o meno il cervello. L'apertura del cancello è condizionata dall'attività delle fibre A-delta e C, la sua chiusura è influenzata dall'attività delle fibre A-alfa grandi e A-beta, dalla formazione reticolare, dalla corteccia cerebrale, dal tronco cerebrale. La teoria del cancello di controllo (*Gate control*), sviluppata da Melzack e Wall nel 1965, enfatizza le dimensioni sensoriali, emotive, comportamentali e cognitive del dolore nel ruolo che esse svolgono nella modulazione della dimensione fisiologica. Molti dei meccanismi suggeriti dalla teoria del cancello di controllo sono specificatamente sconosciuti, altri sono ancora in fase di studio. La teoria, comunque, fornisce alcune idee per le terapie di sollievo dal dolore che agiscono in differenti parti del sistema nervoso.

2.3 Classificazione del dolore

Il dolore è un sintomo tanto frequente quanto trasversale: a livello clinico, infatti, può costituire un segnale importante per la diagnosi iniziale di una patologia. Esso può presentarsi come indicatore di un'evoluzione positiva o negativa durante il decorso clinico, può accompagnare innegabilmente molteplici procedure diagnostiche e/o terapeutiche e rappresenta un riflesso ineluttabile e costante di ansia e paura che la malattia comporta. Il dolore è il sintomo che mina maggiormente l'integrità fisica e psichica della persona, determinando un forte impatto sulla qualità della vita²⁹

Il dolore è classificato in tre macro-aree: dolore acuto, dolore cronico (persistente, non-maligno) e dolore oncologico. Tali categorie differiscono nella loro durata, eziologia, fisiopatologia, funzione biologica, diagnosi e terapia. Questa differenziazione è propria di ciascuna malattia e induce ad un comportamento terapeutico diverso nel fine e nella gestione. Da un punto di vista eziopatogenetico, invece, si distingue il dolore di natura nocicettiva da quello neuropatico.

2.3.1 *Il dolore acuto*

Il dolore acuto è un dolore nocicettivo, di durata limitata, nel quale è ben evidente il rapporto causa/effetto. L'esordio è improvviso ed inaspettato, spesso brusco e ben identificabile, associato ad una lesione localizzata. Deriva dall'attivazione del sistema sensoriale che segnala un danno potenziale o reale recente. Tale condizione rappresenta un significativo segnale d'avviso per l'individuo del danno tissutale in corso. La sua causa è generalmente chiara: può essere legata ad un intervento chirurgico, ad un trauma, ad una patologia infettiva intercorrente. Generalmente è reversibile perché associato ad un danno circoscritto e controllabile con un trattamento adeguato³⁰. La persistenza del dolore oltre il tempo di guarigione previsto e una terapia impropria possono farlo progredire verso la cronicità.

2.3.2 *Il dolore cronico*

Il dolore cronico è un dolore che perdura per lunghi periodi (oltre 3 mesi), percepito in maniera continua anche dopo che la causa è stata eliminata, e comunque oltre il tempo atteso di guarigione³⁰. Il dolore cronico è determinato dal persistere dello stimolo dannoso e/o da fenomeni nocicettivi temporanei che hanno indotto modificazioni permanenti. Esso potrebbe comportare conseguenze invalidanti sotto il profilo psico-sociale pur non avendo origine

neoplastica. Rispetto al dolore acuto, ha un impatto maggiore sulla sfera personale dell'individuo: il dolore cronico può influenzare la vita sociale e familiare, l'attività lavorativa, e può produrre effetti a livello non solo funzionale, ma anche emozionale e psichico, favorendo l'insorgenza di disturbi del sonno, e accompagnandosi – non di rado – a depressione, affaticabilità e progressivo decadimento fisico.

2.3.3 *Il dolore oncologico*

Il dolore associato al cancro può essere acuto o cronico. Può derivare direttamente dalla malattia o dall'esito del suo trattamento. Cecily Saunders, fondatrice degli *hospices* nel Regno Unito, ha definito questo tipo di dolore come totale, che interessa la sfera psicofisica e sociale del paziente e che necessita di un approccio olistico e integrato. Il dolore oncologico, per la sua eziologia, ha effetti devastanti sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro caregivers ed è così costantemente presente che quando gli assistiti oncologici sono interrogati sui possibili esiti di malattia, il dolore è considerato l'aspetto che spaventa di più.

2.3.4 *Il dolore Nocicettivo*

È un dolore definito fisiologico, perché secondario all'attivazione dei nocicettori, presenti in strutture somatiche o viscerali. Il dolore nocicettivo somatico è generalmente localizzato e descritto come penetrante o urente, la cui intensità è correlata all'entità del danno viscerale, è poco localizzato e identificato come sordo o lancinante, a seconda che il danno riguardi un viscere cavo o mesenterici. Il dolore nocicettivo è sensibile a tutti i farmaci analgesici.

2.3.5 *Il dolore Neuropatico*

Il dolore neuropatico è la conseguenza di un danno o di una disfunzione del tessuto nervoso periferico o centrale. È un dolore di difficile controllo ed è spesso solo parzialmente sensibile alla terapia, richiedendo interventi procedurali specifici. La lesione neurologica, infatti, determina un'abnorme attività degli impulsi generati, tale da rendere difficile il controllo farmacologico.

2.4 Assistenza infermieristica e Dolore

2.4.1 Premesse

La persona è portatrice di una irriducibile soggettività: tale condizione si riflette nella percezione individuale del dolore sperimentata dalla persona, così che l'accertamento e la sua gestione costituiscano una sfida per tutti i clinici¹³. L'infermiere viene riconosciuto come una figura professionale competente ed essenziale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore. Egli ha quale obiettivo principale di incentivare l'autonomia del paziente, migliorando il comfort e la qualità di vita, quotidianamente assiste persone che vivono con dolore, interessandosi di esso nella misura in cui limita l'autonomia della persona nel soddisfacimento dei propri bisogni. L'assistenza infermieristica si realizza sul piano della personalizzazione, comprendendo in primis i bisogni del paziente, e traducendoli quindi in offerta assistenziale adeguata. Come riportato nel Codice Deontologico degli Infermieri, la responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo (Capo I, Art. 3). Inoltre, si attiva per prevenire e contrastare il dolore ed alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari (Capo IV, Art. 34)³.

L'assistenza infermieristica, legata al processo di gestione del dolore si divide in due fasi:

- L'accertamento del dolore
- La pianificazione degli interventi assistenziali

L'accertamento ha la principale finalità di orientare l'infermiere nella sistematizzazione delle informazioni raccolte e nell'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica. La pianificazione permette all'infermiere di scegliere i mezzi necessari ad assicurare prestazioni infermieristiche in un percorso che abbia come finalità il recupero della risposta autonoma ai propri bisogni da parte della persona. L'accertamento e la pianificazione sono costantemente sottoposti a procedure di valutazione, concepite come una dimensione trasversale e continua del processo di assistenza infermieristica.

2.4.2 L'accertamento infermieristico del dolore

Il processo infermieristico ha inizio con l'accertamento al momento della presa in carico del paziente, con l'utilizzo di strumenti unidimensionali e multidimensionali validati (Per maggiori dettagli, si veda Allegato 1, Figure 1 – 5). Nella persona con dolore si rilevano

alterazioni fisiologiche osservabili, quali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e risposte metaboliche. I parametri indagati nella fase di accertamento sono: l'intensità, il tempo, la localizzazione e la qualità del dolore, correlati ai fattori allevianti o aggravanti. Tali caratteristiche costituiscono il contenuto di una metodica di valutazione del dolore denominata PQRST.

Provocato da..	→ Cosa lo fa peggiorare/migliorare?
Qualità	→ A cosa assomiglia?
Regione interessata	→ Dove è localizzato?
Severità	→ Quanto è intenso?
Tempo	→ E' costante?

2.4.3 Strumenti per l'accertamento del dolore

La complessità del dolore, in particolare quello cronico persistente, è variamente influenzata da fattori psicologici e socio-ambientali e risulta difficilmente valutabile per la sua natura soggettiva intrinseca. Un trattamento ottimale del dolore prevede una fase preliminare di accertamento che si esaurisce in due momenti:

- La misurazione del dolore con scale validate
- La registrazione dei valori nella cartella clinica, accessibile a tutti gli operatori.

Prendendo atto che “Solo l'assistito può accuratamente descrivere e accertare il suo dolore”³¹e che “infermieri e medici spesso tendono a sottostimare considerevolmente il livello di dolore dell'assistito”, sono stati sviluppati numerosi strumenti di accertamento del dolore che si rivelano utili per documentare l'intensità della percezione dolorosa e monitorarla nel tempo, verificare la necessità di interventi, valutare la loro efficacia a distanza di tempo, per identificare il bisogno di interventi alternativi. È importante sottolineare che l'uso di strumenti di rilevazione del dolore deve essere integrato alla relazione stabilita tra infermiere e assistito, fondamentale per la comprensione della personalità, della cultura, dei bisogni e del significato che il paziente attribuisce al suo dolore: tali aspetti fondano la pianificazione dell'assistenza infermieristica. La rilevazione del dolore avviene alla presa in carico del paziente, quindi all'ingresso del paziente nel reparto, e almeno una volta all'inizio di ogni turno nel corso del ricovero, oltre che ad ogni nuova segnalazione di dolore da parte del

paziente. Inoltre, l'inizio di una terapia analgesica impone la rivalutazione e la sua documentazione dopo un intervallo di tempo congruo con il tipo di trattamento effettuato. Il dolore rilevato va documentato in cartella clinica, al fine di garantire (anche alla dimissione) continuità terapeutica assistenziale tra ospedale e territorio.

2.4.4 Strategie per il trattamento del dolore

Il trattamento del dolore è l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti ad individuare e mettere in atto le strategie più appropriate a ridurre il dolore. L'obiettivo di un adeguato trattamento del dolore non è rappresentato esclusivamente dall'assenza o riduzione del dolore, ma anche dal miglioramento della qualità di vita della persona (Breivik 2013). Risulta essenziale che il professionista possieda una formazione adeguata circa i principi di base della terapia analgesica (farmacologica e non), le proprietà, le vie di somministrazione, le dosi e i possibili effetti collaterali degli analgesici (in particolare degli oppioidi), e conosca gli aspetti fisiopatologici e psicologici del dolore. Tali conoscenze costituiscono il contenuto della maggior parte delle domande del questionario utilizzato nel presente studio per valutare l'adeguatezza del sapere e degli atteggiamenti nell'ambito della gestione del dolore. L'approccio terapeutico prevede l'integrazione di interventi e valutazioni realizzati in multidisciplinarietà da diverse figure professionali adeguatamente formate, consentendo la definizione di un percorso personalizzato per il paziente, al fine di individuare un programma analgesico adeguato. Considerata la molteplicità di condizioni patologiche connesse al dolore che vengono trattate nei reparti di Area Medica, si raccomanda alle singole realtà aziendali di elaborare percorsi diagnostico-terapeutici interdisciplinari e specifici per le patologie maggiormente ricorrenti. Tali percorsi coinvolgono il personale medico (internista, medico di medicina generale e terapista del dolore) e l'infermiere ospedaliero e territoriale, e di volta in volta i singoli specialisti interessati (reumatologo, ortopedico, diabetologo, ecc..). Le strategie di sollievo dal dolore possono essere di natura farmacologica o non farmacologica, e devono essere valutate in coerenza con la patologia di base.

2.4.4.1 Trattamenti farmacologici

L'OMS stabilisce che la prescrizione farmacologica preveda una terapia ad orario fisso per garantire una equianalgesia, ed eventualmente, nei casi di episodi di dolore intenso (*Breakthrough Pain* o DEI) la prescrizione di una *rescue dose* (dose di salvataggio). Tuttavia, l'infermiere accerta l'efficacia analgesica e riporta in cartella clinica il risultato

ottenuto. La comunicazione fra sanitari è parte integrante per una corretta gestione del dolore. I farmaci analgesici indicati per il trattamento del dolore appartengono alle seguenti categorie: analgesici oppioidi, anestetici locali, farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) e adiuvanti.

2.4.4.2 Trattamenti non farmacologici

I farmaci analgesici non sono certamente la sola strategia più efficace per il sollievo dal dolore: gli interventi non farmacologici sono strategie alternative efficaci per alleviare il dolore cronico, specie negli anziani, e – se integrate con la terapia farmacologica, possono costituire il metodo più appropriato per trattare il dolore. Includono modalità fisiche (il massaggio, l'uso del calore) e cognitivo-comportamentali (la distrazione, l'immaginazione guidata) che perlopiù richiedono la consapevole e attiva partecipazione del malato al programma terapeutico, che contribuiscono ad alleviare lo stress correlato al dolore e rafforzare nel paziente l'autostima, il senso di fiducia nei trattamenti e il controllo sul dolore.

CAPITOLO III: MATERIALI E METODI

3.1 Contesto

Il presente studio è stato condotto nelle unità operative afferenti all'Area Medica e Geriatrico - Riabilitativa, ove la maggior parte dei pazienti presenta le sopracitate caratteristiche e si propone di indagare le conoscenze e gli atteggiamenti del personale sulla gestione del dolore nei reparti di Area Medica.

3.2 Campionamento

Il campione dello studio include gli infermieri e i medici delle UU.OO. di Medicina Interna, Cardiologia, Nefrologia ed Emodialisi, Neurologia, Pneumologia, Geriatria e Lungodegenza dell'Azienda ULSS 13 (Presidi Ospedalieri di Dolo, Mirano e Noale), presenti in servizio nel corso della Giornata del Sollievo, iniziativa promossa dal Ministero della Salute e dalla Fondazione Nazionale "Gigi Ghirotti", accolta dal Comitato "Ospedale – Territorio senza dolore", che solitamente coincide con l'ultima domenica di Maggio. Il Comitato "Ospedale – Territorio senza dolore", annualmente, rileva e analizza i dati dei questionari volti a verificare le conoscenze e gli atteggiamenti riguardo la gestione del dolore in ospedale e sul territorio. Le rilevazioni sono iniziate nel 2012 e il loro scopo, oltre a verificare gli atteggiamenti e le conoscenze dei professionisti sanitari, è quello di valutare l'efficacia e le esigenze di interventi formativi. La Direzione Sanitaria ha espletato tutte le autorizzazioni per il buon esito della rilevazione dei dati. I dati sono stati raccolti in tutte le Unità Operative dell'Azienda ULSS 13, anche se quelle oggetto del presente studio coinvolgevano esclusivamente le UU.OO. attinenti all'Area Medica e Geriatrico – Riabilitativa.

Il questionario è stato rivolto dal 2012 ad oggi a 645 dipendenti fra infermieri e medici.

3.3 Disegno dello studio

Il disegno di studio adottato è retrospettivo.

3.4 Strumenti di rilevazione

I dati sono stati raccolti attraverso la somministrazione di un questionario intitolato "Conoscenze del personale sanitario sul trattamento del dolore in ospedale" (per maggiori dettagli si veda l'Allegato 2, Figura 6), realizzato da specialisti nella Terapia del dolore dell'ULSS 6 di Vicenza, capofila del progetto "Ospedale senza Dolore". La versione

originaria del questionario comprendeva 16 items e fu utilizzata per la prima volta nell'indagine condotta nel 2001 presso l'Azienda Ospedaliera di Vicenza da Visentin, coordinatore nazionale del progetto "Ospedale – Territorio senza dolore", per indagare le conoscenze e gli atteggiamenti degli staff sanitari nell'approccio e nel trattamento del dolore. Lo strumento fu revisionato da Zanolin per lo studio condotto nel 2007 in 20 diverse strutture ospedaliere, quindi arricchito di 5 quesiti. Nel caso specifico dell'ULSS 13, il questionario utilizzato nel presente studio è costituito invece da 20 domande a risposta dicotomica. Esso comprende la raccolta dati tra il 2012 ed il 2015. Il contenuto delle domande include aspetti dell'accertamento del dolore, interventi farmacologici e tecniche non farmacologiche, la dipendenza, l'utilizzo degli analgesici oppioidi, gli atteggiamenti nell'accertamento e nella gestione del dolore. Non è stato incluso un questionario sui dati anagrafici dei partecipanti, pertanto non è stato possibile un confronto con i seguenti dati, in relazione all'obiettivo dello studio. Per aumentare l'affidabilità delle risposte, il questionario è anonimo e confidenziale.

3.5 Procedura di raccolta dati

La rilevazione dei dati avviene una volta all'anno nella giornata del sollievo dal dolore, l'ultima domenica di maggio. I questionari vengono preventivamente consegnati ai coordinatori di tutte le UU.OO.. Il questionario richiede un tempo di compilazione di circa 10 minuti, e viene consegnato entro la fine del turno al coordinatore dell' U.O.. Il test va completato senza la consultazione di testi medico-infermieristici o siti internet. L'importanza e il proposito dello studio è stabilito nella prima pagina del questionario e spiegato dal coordinatore al personale di ogni reparto. La riconsegna del questionario compilato comporta la partecipazione allo studio. I test vengono raccolti dai coordinatori di reparto, che li inviano al Referente del Progetto "Ospedale – Territorio senza dolore", che provvede alla raccolta dei dati e alla loro relativa interpretazione.

3.6 Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati inseriti in un foglio elettronico, utilizzando il programma Microsoft Excel. Essendo domande a risposta dicotomica, ogni risposta diversa da quella corretta viene classificata come sbagliata. Le elaborazioni eseguite sono state:

- Calcolo percentuale delle risposte errate sia ospedaliero che per le Unità Operative oggetto dello studio, volto a parametrare l'offerta formativa e a rilevare un parametro di riferimento (media Ospedaliera)
- Grafici di trend nel periodo oggetto dello studio sui quesiti col maggior numero di risposte errate
- Categorizzazione dei dati e rilevazione delle relative medie.
- Grafici di trend sulle categorie individuate
- Valutazione delle Medie delle domande alle quali non è stata data alcuna risposta
- Grafici relativi a domande non risposte

È stata calcolata la percentuale delle risposte errate per poter valutare, anno per anno, le criticità e, quindi, parametrare l'offerta formativa. Il criterio usato per tale valutazione è stato il confronto del valore assoluto percentuale raffrontato alla media delle risposte errate, domanda per domanda, valutate nell'intero complesso ospedaliero dell'ULSS 13 sui quesiti del 2012, risultanti come da tabella 1, di seguito riportata (Tabella I).

Tabella I: Risultati delle medie percentuali Ospedaliere delle risposte errate

N	RISPOSTE	AREA ADI	AREA MED	AREA CHI	PED	PS	GER	sub-totali	%	ERRATE
1	Ad orario fisso	34	112	147	7	18	36	354	95,42%	4,58%
	Al bisogno	1	7	7	0	1	1	17	4,58%	
	NR	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	
2	VERO	5	26	15	2	2	9	59	15,90%	16,71%
	FALSO	30	93	138	5	17	26	309	83,29%	
	NR	0	0	1	0	0	2	3	0,81%	
3	VERO	4	44	13	0	2	3	66	17,79%	18,87%
	FALSO	31	75	139	7	17	32	301	81,13%	
	NR	0	0	2	0	0	2	4	1,08%	
4	VERO	5	32	32	0	4	7	80	21,56%	22,37%
	FALSO	30	86	120	7	15	30	288	77,63%	
	NR		1	2	0	0	0	3	0,81%	
5	VERO	14	50	35	2	10	9	120	32,35%	34,23%
	FALSO	21	67	114	5	10	27	244	65,77%	
	NR		2	4	0	0	1	7	1,89%	
6	VERO	25	102	125	3	14	37	306	82,48%	17,52%
	FALSO	10	16	27	4	5		62	16,71%	
	NR	0	1	2	0	0	0	3	0,81%	
7	VERO	10	49	56	4	5	12	136	36,66%	63,34%

	FALSO	25	67	96	3	14	25	230	61,99%	
	NR		3	2	0	0	0	5	1,35%	
8	VERO	8	23	34	2	1	5	73	19,68%	21,83%
	FALSO	26	91	118	5	18	32	290	78,17%	
	NR	1	5	2	0	0	0	8	2,16%	
9	VERO	17	65	63	3	3	13	164	44,20%	49,87%
	FALSO	17	46	84	4	15	20	186	50,13%	
	NR	1	8	7	0	1	4	21	5,66%	
10	VERO	9	40	36	3	3	7	98	26,42%	28,84%
	FALSO	26	72	117	4	16	29	264	71,16%	
	NR	0	7	1	0	0	1	9	2,43%	
11	SI	26	60	76	6	10	19	197	53,10%	57,41%
	NO	8	56	72	1	8	13	158	42,59%	
	NR	1	3	6	0	1	5	16	4,31%	
12	SI	29	58	79	4	10	20	200	53,91%	46,09%
	NO	6	59	73	3	9	17	167	45,01%	
	NR	0	2	2	0	0		4	1,08%	
13	VERO	31	113	136	7	19	35	341	91,91%	8,09%
	FALSO	4	5	17	0	0		26	7,01%	
	NR	0	1	1	0	0	2	4	1,08%	
14	VERO	31	97	109	5	8	22	272	73,32%	26,68%
	FALSO	4	21	43	2	11	14	95	25,61%	
	NR	0	1	2	0	0	1	4	1,08%	
15	VERO	34	104	140	5	16	35	334	90,03%	9,97%
	FALSO		10	10	2	0	1	23	6,20%	
	NR	1	5	4	0	3	1	14	3,77%	
16	VERO	29	109	146	7	15	34	340	91,64%	8,36%
	FALSO	6	5	5	0	2	2	20	5,39%	
	NR	0	5	3	0	2	1	11	2,96%	
17	VERO	18	40	66	2	4	14	144	38,81%	41,51%
	FALSO	20	73	84	5	13	22	217	58,49%	
	NR	0	3	3	0	3	1	10	2,70%	
18	VERO	9	33	46	3	9	16	116	31,27%	68,73%
	FALSO	25	81	109	4	4	19	242	65,23%	
	NR	1	5	3	0	2	2	13	3,50%	
19	VERO	13	55	44	2	5	16	135	36,39%	42,59%
	FALSO	21	57	102	5	11	17	213	57,41%	
	NR	1	7	8	0	3	4	23	6,20%	
20	VERO	12	60	38	2	10	6	128	34,50%	65,50%
	FALSO	21	53	109	5	6	26	220	59,30%	
	NR	2	6	7	0	3	5	23	6,20%	

% MEDIA DI ERRORE

32,65%

CAPITOLO IV: RISULTATI

4.1 Descrizione del campione

Lo studio ha incluso complessivamente 645 professionisti sanitari tra medici ed infermieri dal 2012 al 2015, di cui 489 occupati nelle Unità Operative di Area Medica e 156 nell'Area Geriatrico – Riabilitativa. Il test non prevedeva al momento della sua istituzione l'analisi qualitativa del campione, infatti, i dati quali: sesso del dipendente, qualifica, età, scolarità etc, risultano mancanti.

4.2 Risultati sul campione

I dati rilevano quindi una media ospedaliera di risposte errate nel 2012 pari 32,65% (in diminuzione nel 2015 a 30,5%), valore di raffronto effettivo per lo studio di cui vengono riportati i risultati di seguito (Tabella II e III).

Tabella II: Trend delle risposte errate per quesito, Area Geriatrico – Riabilitativa

Curve di tendenza sulle conoscenze del personale 2012 /2015					
AREA GERIATRICO - RIABILITATIVA - RISPOSTE ERRATE					
N.	Quesito	2012	2013	2014	2015
1	Il paziente con dolore va trattato preferibilmente con analgesici somministrati ad orario fisso piuttosto che al bisogno	2,70%	2,44%	2,50%	5,26%
2	Prima di somministrare un ulteriore dose di analgesico bisogna aspettare che il paziente lamenti dolore	29,73%	26,83%	10,00%	21,05%
3	La via di somministrazione preferibile per gli analgesici narcotici è quella intramuscolare	13,52%	21,95%	15,00%	15,79%
4	Se un paziente richiede quantità crescenti di analgesici per controllare il dolore, significa che sta diventando psicologicamente dipendente da essi	18,92%	9,76%	22,50%	15,79%
5	Richieste sempre maggiori di analgesici sono segno che il paziente sta diventando farmaco dipendente	27,02%	26,83%	30,00%	36,84%
6	Il giudizio più accurato sull'intensità del dolore è quello che descrive il paziente	0,00%	21,95%	12,50%	10,52%
7	Quando un paziente con dolore riceve farmaci analgesici "al bisogno" è normale che li richieda prima che il dolore si ripresenti	67,57%	63,42%	45,00%	63,16%

8	Il personale sanitario è sempre in grado di cogliere i segni che indicano la presenza di dolore nei bambini	13,51%	31,71%	12,50%	34,21%
9	Gli analgesici narcotici possono provocare depressione respiratoria, quindi non devono essere usati nei bambini	45,95%	43,90%	55,00%	52,63%
10	I bambini piangono sempre, quindi per essi sono indicate attività di distrazione piuttosto che veri e propri farmaci analgesici	21,62%	41,47%	30,00%	31,58%
11	Il dosaggio appropriato di morfina nel paziente con dolore cronico è quello che controlla meglio la sintomatologia; esiste una dose massima (che non può essere superata) per la morfina?	64,86%	53,66%	45,00%	76,31%
12	Somministrare un placebo al paziente con dolore cronico è spesso utile per valutare ha dolore?	45,95%	39,03%	45,00%	47,36%
13	Per un buon trattamento del dolore neoplastico è necessario valutare con continuità, nel tempo il dolore e l'efficacia della terapia	5,40%	2,44%	0,00%	7,89%
14	I pazienti hanno il diritto di aspettarsi come risultato del trattamento una completa scomparsa del dolore	40,54%	12,20%	22,50%	26,31%
15	La mancanza di espressione di sofferenza non significa necessariamente assenza di dolore	5,40%	12,20%	10,00%	0,00%
16	La distrazione, ad esempio tramite musica o tecniche di rilassamento, può diminuire la percezione del dolore	8,11%	19,51%	5,00%	2,63%
17	La valutazione del dolore da parte del medico dell'infermiere è una valida misura del dolore percepito dal paziente	40,54%	58,54%	60,00%	42,11%
18	I pazienti che presentano un dolore cronico intenso hanno bisogno di dosaggi più alti di analgesici rispetto ai pazienti con dolore acuti	56,76%	60,98%	75,00%	65,79%
19	Se il paziente (o familiare) riferisce che un analgesico gli sta dando euforia bisogna dargli una dose minore di farmaco	54,05%	51,22%	32,50%	52,63%
20	Il 25% dei pazienti che ricevono analgesici ad orario fisso diventano farmaco dipendenti	29,73%	31,71%	45,00%	52,63%
VALORI MEDI		29,59%	31,59%	28,75%	33,02%

Tabella III: Curva di tendenza delle risposte errate per quesito, Area Medica

Curve di tendenza sulle conoscenze del personale 2012 /2015					
AREA MEDICA - RISPOSTE ERRATE					
N	Quesito	2012	2013	2014	2015
1	Il paziente con dolore va trattato preferibilmente con analgesici somministrati ad orario fisso piuttosto che al bisogno	5,88%	3,94%	1,08%	6,67%
2	Prima di somministrare un ulteriore dose di analgesico bisogna aspettare che il paziente lamenti dolore	21,85%	22,05%	23,66%	24,00%
3	La via di somministrazione preferibile per gli analgesici narcotici è quella intramuscolare	36,97%	12,60%	16,13%	22,67%
4	Se un paziente richiede quantità crescenti di analgesici per controllare il dolore, significa che sta diventando psicologicamente dipendente da essi	27,73%	25,99%	20,43%	29,33%
5	Richieste sempre maggiori di analgesici sono segno che il paziente sta diventando farmaco dipendente	43,70%	40,15%	30,11%	44,00%
6	Il giudizio più accurato sull'intensità del dolore è quello che descrive il paziente	14,29%	12,60%	19,35%	20,67%
7	Quando un paziente con dolore riceve farmaci analgesici "al bisogno" è normale che li richieda prima che il dolore si ripresenti	58,82%	58,27%	60,22%	61,33%
8	Il personale sanitario è sempre in grado di cogliere i segni che indicano la presenza di dolore nei bambini	23,53%	21,26%	22,59%	30,67%
9	Gli analgesici narcotici possono provocare depressione respiratoria, quindi non devono essere usati nei bambini	61,34%	40,95%	45,16%	68,00%
10	I bambini piangono sempre, quindi per essi sono indicate attività di distrazione piuttosto che veri e propri farmaci analgesici	39,50%	37,80%	23,66%	34,00%
11	Il dosaggio appropriato di morfina nel paziente con dolore cronico è quello che controlla meglio la sintomatologia; esiste una dose massima (che non può essere superata) per la morfina?	52,94%	44,09%	58,06%	48,00%
12	Somministrare un placebo al paziente con dolore cronico è spesso utile per valutare ha dolore?	51,26%	44,88%	59,14%	41,33%

13	Per un buon trattamento del dolore neoplastico è necessario valutare con continuità, nel tempo il dolore e l'efficacia della terapia	5,04%	2,36%	6,45%	3,34%
14	I pazienti hanno il diritto di aspettarsi come risultato del trattamento una completa scomparsa del dolore	18,49%	18,11%	23,66%	20,67%
15	La mancanza di espressione di sofferenza non significa necessariamente assenza di dolore	12,60%	14,96%	13,98%	17,33%
16	La distrazione, ad esempio tramite musica o tecniche di rilassamento, può diminuire la percezione del dolore	8,40%	11,03%	7,53%	9,33%
17	La valutazione del dolore da parte del medico dell'infermiere è una valida misura del dolore percepito dal paziente	37,07%	42,51%	30,11%	58,67%
18	I pazienti che presentano un dolore cronico intenso hanno bisogno di dosaggi più alti di analgesici rispetto ai pazienti con dolore acuti	72,27%	74,01%	82,80%	64,00%
19	Se il paziente (o familiare) riferisce che un analgesico gli sta dando euforia bisogna dargli una dose minore di farmaco	51,10%	35,94%	38,71%	44,00%
20	Il 25% dei pazienti che ricevono analgesici ad orario fisso diventano farmaco dipendenti	52,94%	49,30%	44,09%	49,33%
VALORI MEDI		34,79%	30,64%	31,35%	34,87%

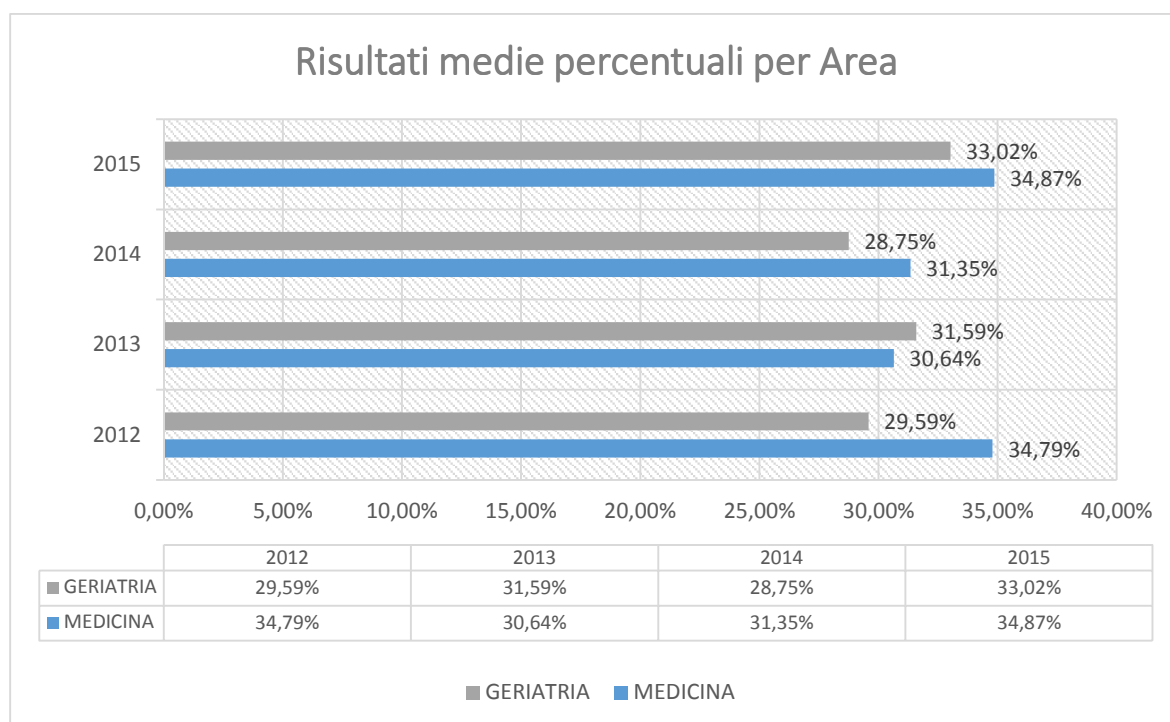
Dai dati rilevati nel 2012, la media percentuale di risposte errate rilevate in Area Medica - Internistica era del 34,79%, differentemente dalla media rilevata in Area Geriatrico - Riabilitativa pari a 29,59%. Dai dati rilevati nel 2015 l'evidente aumento dei dati medi delle criticità con i seguenti risultati: Area Medica 34,87% e Area Geriatrico Riabilitativa 33,02%. (Per maggiori dettagli, si veda l'Allegato 3, Grafico I). Il valore medio percentuale rappresenta il dato di riferimento per definire le criticità. La domanda con la percentuale maggiore di risposte errate in Area Medica nel 2012 risulta la n. 18 (*"I pazienti che presentano un dolore cronico intenso hanno bisogno di dosaggi più alti di analgesici rispetto ai pazienti con dolore acuti"*) pari al 72,27%, mentre in Area Geriatrico Riabilitativa risulta essere la n. 7 (*"Quando un paziente con dolore riceve farmaci analgesici "al bisogno" è normale che li richieda prima che il dolore si ripresenti"*), pari al 67,57%. Rivalutati gli stessi quesiti nel 2015 i risultati sono stati: Area Medica 64%, Area Geriatrico Riabilitativa 63,16%.

CAPITOLO V: DISCUSSIONE

5.1 Considerazioni generali sui risultati

Questo studio fornisce una panoramica delle conoscenze e degli atteggiamenti nell'ambito della gestione del dolore dei professionisti sanitari che operano in Area Medica e Geriatrico – Riabilitativa nell'Azienda Ospedaliera ULSS 13. Essendo stati sviluppati degli studi in più anni si sono potuti apprezzare gli andamenti generali sia nella complessità del questionario che nello sviluppo di ogni singolo quesito, si è ritenuto quindi di considerare apprezzabili solo le variazioni positive o negative pari al 5% di scostamento rispetto la media. Si rileva che il risultato medio Ospedaliero parte da un valore pari al 32,65% del 2012 (in cui non erano stati effettuati interventi formativi sul personale sanitario) ad un 30,5% del 2015.

Grafico I: Risultati delle medie percentuali per Area



Alla prima rilevazione dei dati nel 2012, la media percentuale di risposte errate rilevate in Area Medica - Internistica era del 34,79%, diversamente dalla media rilevata in Area Geriatrico – Riabilitativa pari a 29,59%. I dati dal 2012 al 2015 dimostrano un trend sostanzialmente stabile nelle UU.OO. dell'Area Medica, mentre nell' Area Geriatrico Riabilitativa il trend risulta in leggera flessione che può esser ritenuta entro i limiti di scostamento apprezzabile dello studio. Il valore assoluto percentuale delle risposte errate è

stato confrontato, quesito per quesito, alle percentuali delle risposte errate rilevate nell'intero complesso ospedaliero dell'ULSS 13 sul questionario somministrato nel 2012, al fine di individuare le criticità per pianificare i contenuti degli interventi formativi.

Sono state valutate come criticità i valori che si discostano rispetto la media ospedaliera. Le criticità in Area Geriatrico – Riabilitativa sono rappresentate dai quesiti n. 2 – 7 – 11 – 14 e 19. Il contenuto è legato all'atteggiamento del personale sanitario (7 e 14), alle conoscenze generali sulla gestione del dolore (2 e 19) e sull'uso degli analgesici oppioidi (11), dimostrando che le conoscenze del personale sanitario sono spesso inficiate dalla diffusione di falsi miti che influenzano la pratica clinica. Il raffronto con i dati relativi alle criticità rilevati nel 2015 esprimono una riduzione degli errori nei quesiti, confermando l'efficacia degli interventi formativi in tal senso, ad eccezione del quesito n.11 (*“Il dosaggio appropriato di morfina nel paziente con dolore cronico è quello che controlla meglio la sintomatologia; esiste una dose massima (che non può essere superata) per la morfina?”*) che presenta un trend di risposte errate in notevole aumento negli anni (da 64,86% a 76,31%), da cui si desume una carenza di conoscenze relative alla farmacologia degli analgesici oppioidi.

Le criticità riportate in Area Medica rilevate nel 2012 interessano 13 quesiti su 20 (domande n. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 8 – 9 – 10 – 12 – 15 – 16 – 18 – 19). Pur avendo una media percentuale di risposte errate minore rispetto a quelle riportate nello studio nazionale di Zanolin 2007 e Visentin 2001, tali risultati si rivelano superiori rispetto alla media ospedaliera connotando una cultura generale del dolore scarsamente diffusa e una sensibilità del personale poco attenta a tale condizione. Dai risultati del 2015 emerge che le criticità rilevate nel 2012 persistono in 9 su 13 quesiti (domande n. 1 – 2 – 4 – 5 – 8 – 9 – 10 – 15 – 16). Occorre evidenziare come alcuni reparti, tra cui quello di Medicina Interna di Dolo, abbiano vissuto un disagio organizzativo per la mancanza del Coordinatore di Unità Operativa: tale condizione ha determinato uno scarso investimento sull'attività di raccolta dati, così che il personale sanitario – compresi i Referenti di reparto – non è stato sufficientemente stimolato a sviluppare una maggiore attenzione al problema del dolore, considerato meno prioritario rispetto agli altri bisogni assistenziali. Per maggiori dettagli relativi alle criticità, si vedano i risultati evidenziati in giallo presenti nelle Tabelle V - XIV .

I venti quesiti sono stati successivamente raggruppati in cinque categorie volte a valutare le conoscenze su specifici argomenti considerati comuni all'interno della piastra di quesiti. La statistica dettagliata dei risultati sono osservabili in Allegato 3, Tabelle V- XIV e Grafici II -XI . Sono stati valutati quindi:

- Conoscenze generali sulla gestione del dolore (domande n. 1 – 2 – 13 – 15 – 16 – 17 – 18 – 19);

A tal proposito, l'Area Geriatrico – Riabilitativa presenta un trend tendenzialmente stabile, ad eccezione dei quesiti n. 2 e 18, che presentano una variabilità notevole nel corso degli anni: il notevole miglioramento del trend da 29,73% nel 2012 al 21,05% nel 2015 rivela che il personale sanitario ha maturato nel tempo una maggiore sensibilità nei confronti degli assistiti con dolore, mentre la percentuale in aumento relativa al quesito 18 rivela che l'intervento formativo in questo senso non è stato sufficiente, e dovrà essere approfondito in futuro. La tendenza delle risposte relative all'Area Medica si presenta stabile, ad eccezione del quesito 17 (*“La valutazione del dolore da parte del medico e dell'infermiere è una valida misura del dolore percepito dal paziente”*) in cui si rileva un notevole peggioramento (da 37,07% nel 2012 a 58,67% nel 2015), evidenziando la difficoltà da parte di molti operatori a riconoscere la centralità dell'assistito nella valutazione del dolore.

- Conoscenze legate all'uso degli analgesici oppioidi (domande n. 3 – 9 – 11);

In riferimento alle conoscenze relative all'uso degli analgesici oppioidi, la curva di tendenza dell'Area Geriatrico – Riabilitativa si presenta in peggioramento (da 41,44% nel 2012 a 48,24%), confermando che il sapere correlato all'utilizzo dei farmaci analgesici, in specifico oppioidi, è inficiato da miti e false credenze che influenzano la pratica clinica e persistono nonostante gli interventi formativi realizzati nel corso degli anni. L'Area Medica riporta un trend in lieve miglioramento, dal 50,42% nel 2012 al 46,22% nel 2015, presentando una maggiore efficacia della formazione in tale ambito.

- Conoscenze legate alla dipendenza da farmaci (domande n. 4 -5 - 20);

La tendenza relativa alle conoscenze legate alla dipendenza hanno presentato un sostanziale peggioramento nell'Area Geriatrico – Riabilitativa con dati percentuali rilevati nel 2012 pari a 25,22% che hanno raggiunto il 35,09% nel 2015. In Area Medica, il trend ha subito un lieve miglioramento, da 41,46% a 40,89%. Si osservano percentuali di risposte errate

considerevolmente alte nei quesiti che indagano l'area delle convinzioni errate derivanti dalla diffusione di miti e tabù relativi all'uso di analgesici oppioidi e timori di effetti avversi, quali la dipendenza e la depressione respiratoria, confermando la persistenza di pregiudizi e di un atteggiamento oppiofobico, così riportato da numerose evidenze della letteratura²¹⁻²³. Il cardine della strategia terapeutica del dolore cronico è rappresentata dalla scala a tre gradini, che prevede l'utilizzo anche degli analgesici oppioidi: se tale indicazione non viene compresa dagli operatori, può determinare un inadeguato trattamento del dolore²³.

- Conoscenze sulla gestione del dolore in ambito pediatrico (domande n. 8 – 9 – 10);

La categoria di quesiti relativi alle conoscenze sulla gestione del dolore in ambito pediatrico ha rivelato grandi incertezze da parte dei professionisti sanitari in entrambe le aree oggetto di studio, con trend tendenzialmente in peggioramento. I quesiti n. 8 – 9 e 10 del questionario riguardano il dolore nei bambini, ma il loro contenuto può essere esteso anche alla popolazione adulta. Pertanto emerge che il personale sanitario dell'area Geriatrico – Riabilitativa e dell'Area Medica sbaglia considerevolmente la domanda n. 9, che riguarda gli effetti avversi degli analgesici oppioidi, rispettivamente con valori percentuali di risposte errate nel 2012 pari a 45,95% e 61,34%, e nel 2015 52,63% e 68%, confermando la presenza e la persistenza, nonostante gli interventi formativi, di falsi miti legati all'uso degli analgesici narcotici, e potrebbero essere stati tratti in inganno dalla dicitura “bambino”. I risultati negativi rilevati nella categoria di domande può essere attribuita anche ad una mancanza di conoscenze relative all'accertamento e alle strategie di trattamento specifiche per l'età, in aggiunta al fatto che nelle Aree oggetto di studio prevedono l'assistenza ai soli adulti ed anziani. Si segnala inoltre che l'argomento non viene trattato nei programmi di formazione accademica, pertanto valori percentuali così alti potrebbero essere imputati a tal motivo.

- Atteggiamento del personale sanitario (domande n. 6 – 7 – 12 – 14).

La quinta categoria di domande indaga gli atteggiamenti del personale sanitario nei confronti della persona con dolore: in Area Geriatrico – Riabilitativa emerge un lieve miglioramento negli anni, mentre in Area Medica si registra un trend stabile. Tuttavia, i quesiti 7 e 12 registrano percentuali di risposte errate considerevolmente elevate. Sebbene inferiori rispetto ai risultati della medesima domanda rilevati negli studi di Visentin 2001 (con percentuale d'errore pari al 70%)²¹ e Zanolin 2007 (75,7%)¹⁰, il 45,95% del personale sanitario operante in Area Geriatrico – Riabilitativa riteneva, nel 2012, che somministrare un placebo al

paziente con dolore cronico fosse spesso utile per valutare se realmente la persona provava dolore (quesito n. 12); parimenti nell'Area Medica, in cui è stato rilevato nel 2012 il 51,26% delle risposte errate. Rivalutato il quesito nel 2015, i risultati sono stati i seguenti: Area Geriatrico – Riabilitativa 47,36%; Area Medica 41,33%. Tali esiti indicano quanto sia difficile modificare le abitudini della pratica ospedaliera.

Si è inoltre esaminata la percentuale di domande non risposte, rilevando con positiva sorpresa una riduzione, da una media percentuale pari al 2,49% relativa al 2012 a 1,86% nel 2015 (oltre il 50% in meno del suo valore iniziale), testimoniando una maggiore sicurezza del personale nel rispondere al questionario e maggiore sensibilità al problema del dolore.

In generale, la media percentuale di risposte errate rilevate nelle Aree dell'ULSS 13 oggetto di studio risulta inferiore rispetto a quella ottenuta nelle indagini di Zanolin¹⁰ e Visentin²¹, rispettivamente pari al 49.8% e 39%. Il dato locale risulta inferiore, dimostrando una maggiore sensibilità del personale sanitario dell'ULSS 13, e una cultura del dolore maggiormente diffusa.

5.2 Limiti dello studio

Il limite fondamentale dello studio è determinato dalla carenza nella raccolta dei dati. Infatti non è stato possibile incrociarli con un'adeguata valutazione statistica in merito alla qualità del campione valutato come altresì non si è potuto raffrontare e incrociare i dati dei test volti al personale con quelli elaborati dai pazienti che avrebbero rilevato discrepanze sia in merito all'atteggiamento del personale e sia alle loro reali sensibilità. Inoltre, l'indagine non è stata effettuata sull'intero personale sanitario operante in Azienda, ma solo su quello presente il giorno della rilevazione. Il criterio di arruolamento del campione è stato il medesimo per tutte le rilevazioni, ma si segnala che le risposte potrebbero essere date da persone diverse, quindi processo apprendimento personale non è misurabile. Nonostante tali limitazioni, sono stati ottenuti risultati rilevanti, che si possono ritenere estendibili a tutto il personale sanitario dell'ULSS 13.

5.3 Raccomandazioni per la ripetizione di uno studio analogo

Per una più accurata valutazione sulle conoscenze e gli atteggiamenti nella gestione del dolore si renderebbe necessario approntare una raccolta dati che prenda in considerazione sia la qualità del campione ma altresì che verificasse anche il numero di test non restituiti

per valutare l'interesse suscitato presso il personale se non addirittura l'estensione dei test a tutto il personale. Una più attenta attività formativa potrà essere svolta solo dopo aver incrociato i dati sulla qualità del campione proponendo quindi l'ipotesi di una formazione mirata al solo personale medico, infermiere o operatore così come anche nei contenuti si rende necessario un dovuto raffronto dei dati dei test rivolti al personale con quelli rivolti ai pazienti.

5.4 Implicazioni per la pratica

Strutturare protocolli ad uso interno per rendere la rilevazione del dolore un'attività continuata e non legata alla sensibilità del singolo operatore. Adottare pratiche *evidence-based* e procedere con la formazione continua del personale. Tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere supportati nel praticare i corretti principi della gestione del dolore nella pratica attuale.

CONCLUSIONI

Lo studio evidenzia la necessità di programmi formativi sulla gestione del dolore per raggiungere il miglioramento delle conoscenze e degli atteggiamenti degli infermieri. Spesso il dolore non rientra nei programmi formativi accademici. Questi risultati suggeriscono la necessità di esaminare la conoscenza sul dolore nelle facoltà di infermieristica e nei tirocini clinici. In conclusione si può ritenere che le conoscenze e gli atteggiamenti del personale dell'ULSS 13 hanno ottenuto risultati migliori rispetto alla media nazionale.

Lo studio evidenzia quindi l'esigenza di operare sulla cultura del diritto alla non sofferenza con programmi didattico formativi ad hoc, cercando di stimolare il personale ad aumentare la propria disponibilità ad accogliere informazioni riguardanti il dolore e a cambiare le false convinzioni, veicolando le evidenze scientifiche nella pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Classification of Chronic Pain, 2nd ed. International Association for the Study of Pain (IASP) Task Force on Taxonomy. Seattle, WA: IASP Press
Disponibile online all'indirizzo: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf> Ultimo Accesso: 04/08/2015
- (2) McCaffery M, Ferrell BR. Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made? *J Pain Symptom Manage* 1997 Sep;14(3):175-188.
- (3) Ipasvi FNC, Codice deontologico dell'Infermiere, 2009
Disponibile online all'indirizzo: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>
Ultimo Accesso: 07/07/2015
- (4) Legge n.38 del 15 Marzo 2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", Gazzetta Ufficiale n° 65, 19 marzo 2010
Disponibile online all'indirizzo:
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=32922>
Ultimo accesso: 07/07/2015
- (5) Visentin M, Zanolin E, Trentin L, Sartori S, de Marco R. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. *Eur J Pain* 2005 Feb;9(1):61-67.
- (6) Ferrari R, Visentin M, Fipaldini E. Towards a pain-free hospital. Description of the campaign. *Recenti Prog Med* 2004 Jun;95(6):297-301.
- (7) Gianni W, Madaio RA, Di Cioccio L, D'Amico F, Policicchio D, Postacchini D, et al. Prevalence of pain in elderly hospitalized patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2010 Nov-Dec;51(3):273-276.
- (8) Sichetti D, Bandieri E, Romero M, Di Biagio K, Luppi M, Belfiglio M, et al. Impact of setting of care on pain management in patients with cancer: a multicentre cross-sectional study. *Ann Oncol* 2010 Oct;21(10):2088-2093.
- (9) Lewthwaite BJ, Jabusch KM, Wheeler BJ, Schnell-Hoehn KN, Mills J, Estrella-Holder E, et al. Nurses' knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized adults. *J Contin Educ Nurs* 2011 Jun;42(6):251-7; quiz 258-9.
- (10) Wilson B. Nurses' knowledge of pain. *J Clin Nurs* 2007 Jun;16(6):1012-1020.
- (11) Zanolin ME, Visentin M, Trentin L, Saiani L, Brugnolli A, Grassi M. A questionnaire to evaluate the knowledge and attitudes of health care providers on pain. *J Pain Symptom Manage* 2007 Jun;33(6):727-736.
- (12) Bernardi M, Catania G, Lambert A, Tridello G, Luzzani M. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian oncology nurses. *EUR J ONCOL NURS* 2007 07;11(3):272-279.
- (13) Ferrell B. Ethical perspectives on pain and suffering. *Pain Manag Nurs* 2005 Sep;6(3):83-90.
- (14) Brunier G, Carson MG, Harrison DE. What do nurses know and believe about patients with pain? Results of a hospital survey. *J Pain Symptom Manage* 1995 Aug;10(6):436-445.
- (15) Manworren R. Practice applications of research. Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. *Pediatr Nurs* 2000 2000;26(6):610-614.
- (16) Lui L, So W, Fong D. Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. *J Clin Nurs* 2008 08;17(15):2014-2021.

- (17) Edwards HE, Nash RE, Yates PM, Walsh AM, Fentiman BJ, McDowell JK, et al. Improving pain management by nurses: A pilot Peer Intervention Program. *Nurs Health Sci* 2001 Mar;3(1):35-45.
- (18) Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006 May;10(4):287-333.
- (19) Fabbian F, De Giorgi A, Pala M, Mallozzi Menegatti A, Gallerani M, Manfredini R. Pain prevalence and management in an internal medicine setting in Italy. *Pain Res Treat* 2014;2014:628284.
- (20) Brockopp DY, Brockopp G, Warden S, Wilson J, Carpenter JS, Vandevveer B. Barriers to change: a pain management project. *Int J Nurs Stud* 1998 Aug;35(4):226-232.
- (21) Visentin M, Trentin L, de Marco R, Zanolin E. Knowledge and attitudes of Italian medical staff towards the approach and treatment of patients in pain. *J Pain Symptom Manage* 2001 Nov;22(5):925-930.
- (22) Messeri A, Scollo Abeti M, Guidi G, Simonetti M. Pain knowledge among doctors and nurses: a survey of 4912 healthcare providers in Tuscany. *Minerva Anestesiol* 2008 Apr;74(4):113-118.
- (23) Lebovits AH, Florence I, Bathina R, Hunko V, Fox MT, Bramble CY. Pain knowledge and attitudes of healthcare providers: practice characteristic differences. *Clin J Pain* 1997 Sep;13(3):237-243.
- (24) Denny DL, Guido GW. Undertreatment of pain in older adults: an application of beneficence. *Nurs Ethics* 2012 Nov;19(6):800-809.
- (25) Catananti C, Gambassi G. Pain assessment in the elderly. *Surg Oncol* 2010 Sep;19(3):140-148.
- (26) Latchman J. Improving pain management at the nursing education level: evaluating knowledge and attitudes. *J Adv Pract Oncol* 2014 Jan;5(1):10-16.
- (27) Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* 2009 Aug;20(8):1420-1433.
- (28) Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. *Manuale di Anestesia Clinica*. Settima Edizione ed., Delfino Editore; 2015.
Disponibile online all'indirizzo:
<https://books.google.it/books?id=MxeLCgAAQBAJ&pg=PT599&lpg=PT599&dq=modulazione+del+dolore&source=bl&ots=fPgoz4V4CY&sig=F4zEWfqiQqwlQcrk0e-d1t2-0kA&hl=it&sa=X&ved=0CEYQ6AEwCDgKahUKEwjXzr-Xm-vIAhXBlg8KHXMpAOk#v=onepage&q=modulazione%20del%20dolore&f=false>
Ultimo accesso: 04/10/2015
- (29) Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T, OPENMinds. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health* 2013 Dec 24;13:1229-2458-13-1229.
- (30) Stefania Minuzzo. *Nursing del dolore*. Prima Edizione ed.: Carrocci Faber; 2004.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

Figura 1, Scala analogica visiva (VAS): è una rappresentazione visiva della gravità del dolore che la persona avverte, mediante una linea orizzontale di 10 cm, con le parti terminali che indicano i valori estremi del dolore: la parte sinistra corrisponde a 0 e rappresenta “Assenza di dolore”, mentre la parte destra corrisponde a 10 e rappresenta “Dolore severo”. Tale scala misura anche piccole variazioni di intensità, ma necessita sempre di un supporto cartaceo e non è utilizzabile con gravi compromissioni visive, cognitive o fisiche.

SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS) DEL DOLORE

Indicare con una crocetta su questa scala quanto è forte il dolore.

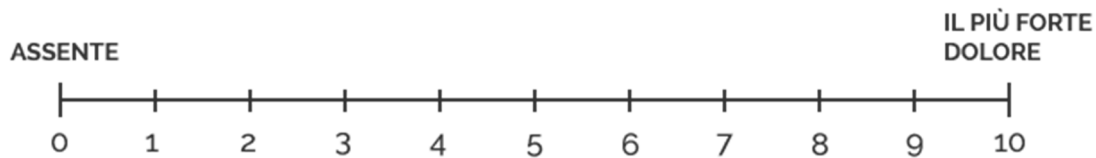


Figura 2, Numeric Rating Scale (NRS): è una scala unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 11 punti, in cui l'assistito determina l'entità del dolore su una scala numerica da 0 a 10. Può essere somministrata anche verbalmente, ma può risultare difficoltoso tradurre la complessità della sensazione dolorosa in numero, rischiando di banalizzarla.



Figura 3, Verbal Rating Scale (VRS): si basa su una scala di visualizzazione in cui il paziente definisce il dolore scegliendo uno dei 6 indicatori verbali descrittivi del dolore proposti che ritiene più appropriato; gli aggettivi aiutano a descrivere qualitativamente l'intensità del dolore. Può risultare limitata e poco sensibile perché non si possono utilizzare descrizioni intermedie.

VRS (*Verbal Rating Scale*)
Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs 2005; 14:
798-804.



Figura 4, Brief Pain Inventory (BPI): ha lo scopo di valutare la severità del dolore attraverso una NRS per ogni quesito, e indaga l'impatto del dolore su sette aspetti di vita quotidiana. Inoltre, misura la quantità di dolore percepito nelle ultime 24 ore.

QUESTIONARIO BREVE

PER LA VALUTAZIONE DEL DOLORE (BPI)

Versione IRFMN

Da: Pain research Group, Department of Neurology

Prof. Charles S. Cleeland, PhD

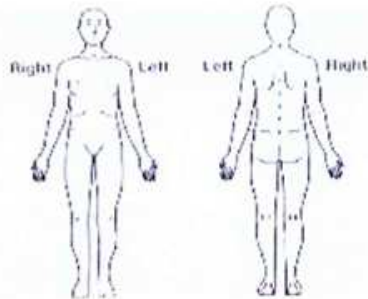
Versione italiana a cura di Augusto Caraceni e Luigi Grassi

- 1) Nel corso della vita, la maggior parte di noi ha avuto di tanto in tanto qualche dolore (come un mal di testa, uno strappo muscolare, un mal di denti)

Oggi ha avuto un dolore diverso da questi dolori di tutti i giorni ?

1. si 2. no

- 2) Tratteggi sul disegno le parti dove sente dolore. Metta una X sulla parte che fa più male



3) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive l'intensità del suo **peggiore dolore** nelle ultime 24 ore

nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Il dolore più forte che possa immaginare

4) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive l'intensità del suo **dolore più lieve** nelle ultime 24 ore

nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Il dolore più forte che possa immaginare

5) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive l'intensità del suo **dolore in media** nelle ultime 24 ore

nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Il dolore più forte che possa immaginare

6) Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che meglio descrive l'intensità del suo **dolore in questo momento**

nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Il dolore più forte che possa immaginare

7) Che terapie o medicine sta ricevendo per il suo dolore?

8) Nelle ultime 24 ore, quanto sollievo ha ricevuto dalle terapie o medicine? Faccia un cerchio intorno alla percentuale che meglio descrive quanto sollievo ha ottenuto

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

9) Faccia un cerchio intorno al numero che meglio descrive quanto nelle ultime 24 ore il dolore ha interferito con:

A. La sua attività in generale

non interferisce 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferisce completamente

B. Il suo umore

non interferisce 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferisce completamente

C. La sua capacità di camminare

non interferisce 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

interferisce
completamente

D. La sua normale capacità lavorativa (include il lavoro sia dentro che fuori casa)

non interferisce 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

interferisce
completamente

E. La sua relazione con altre persone

non interferisce 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

interferisce
completamente

F. Il sonno

non interferisce 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

interferisce
completamente

G. Il suo gusto di vivere

non interferisce 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

interferisce
completamente

Caraceni A. e Coll. Pain 1996; 65: 87-92)

Figura 5, McGill Pain Questionnaire: consiste nella classificazione di diversi termini che descrivono i differenti aspetti del dolore, con una scala per misurare l'intensità del dolore e il disegno di un corpo umano per indicare la sede del dolore.

Mc Gill Pain Questionnaire

Nome _____			Cognome _____			Data _____		
S (1-10)	A (11-15)	V (16)	M (17-20)	= Totale _____		(1-20)		

1 (Sensitivi)

- Tremolante
- Vibrante
- Pulsante
- Che picchia
- Battente
- Martellante

2

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

3

- Punge come uno spillo
- Buca come un ago
- Buca come un chiodo
- E' come una pugnata
- Lancinante

4

- Tagliente come una lametta
- Tagliente come un coltello
- Lacerante

5

- E' come un forte pizzicotto
- Stringe
- E' come un crampo
- Rode
- Schiacciante

6

- Stira
- Tira
- Contorce

7

- Caldo
- Scotta
- Brucia
- Rovente

8

- Dà formicolio
- Pizzica e irrita
- Vivo
- Acuto

9

- Dà indolenzimento
- Sordo
- Fà male
- Dà sofferenza
- Gravoso

10

- Sensibile al tocco
- Teso
- Raschia
- Spezza

11 (Affettivi)

- Stancante
- Che esaurisce

12

- Nauseante
- Soffocante

13

- Allarmante
- Spaventoso
- Terrificante

14

- Affligge, come una punizione
- Prostrante
- Crudele
- Feroce
- Micidiale

15

- Sgradevole
- Accecante

16 (Valutativo)

- Noioso
- Disturbante
- Penoso
- Intenso
- Insopportabile

17 (Misti)

- Si propaga
- Si diffonde a raggiera
- Penetrante
- Perforante

18

- Fasciante
- Intorpidito
- Tirante
- Strizza
- Strappante

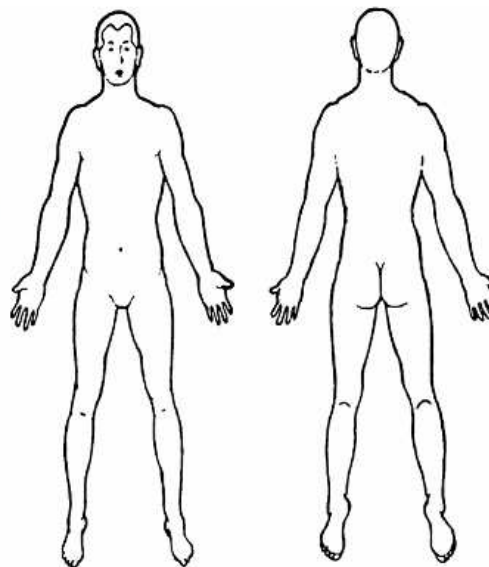
19

- Fresco
- Freddo
- Congelante

20

- Seccante
- Dà disgusto
- Dà tormento
- Terribile
- Torturante

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



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

Note:

Allegato 2. Figura 6, Questionario “Conoscenze del Personale sanitario sul trattamento del dolore in Ospedale”



Servizio Sanitario Nazionale – Regione veneto

**AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO-SANITARI
N.13**

Ospedale-Territorio senza Dolore

**Comitato
“Ospedale senza Dolore”**

CONOSCENZE DEL PERSONALE SANITARIO SUL TRATTAMENTO DEL DOLORE IN OSPEDALE

Gentile collega,

chiediamo gentilmente la Tua collaborazione nel rispondere alle domande del seguente questionario.

Le risposte ci aiuteranno a conoscere meglio i bisogni formativi del personale sanitario dell'ULSS 13 e allo stesso momento a migliorare il servizio e lo stesso nostro lavoro per i pazienti.

Ti assicuriamo l'anonimato per tutelare la Tua privacy ed il rispetto delle Tue opinioni.

Ringraziamo e porgiamo distinti saluti.

Il Personale del Comitato “Ospedale senza Dolore”

OSPEDALE

Qualifica:

medico infermiere Ostetrica Fisioterapista Psicologo

Area di lavoro

chirurgica medica geriatrico/riabilitativa ADI

Emergenza Psichiatrica

MOD. 26/011 Centro Stampa ULSS13- Dolo

**ADESIONE ALLE RACCOMANDAZIONI DEL
COMITATO OSPEDALE SENZA DOLORE (OSD)**

1. I pazienti vengono informati sempre ed in modo completo sulla possibilità di trattamento del dolore?

SI' NO

Altro Specificare _____

2. Il dolore viene misurato e registrato per ciascun paziente secondo le raccomandazioni dello OSD?

SI' NO

Altro Specificare _____

3. I farmaci analgesici sono somministrati ad intervalli regolari, nell'arco delle 24 ore, o al bisogno?

SI' NO

Altro Specificare _____

ATTEGGIAMENTI E CONOSCENZE SUL DOLORE

Per favore, leggi attentamente le seguenti affermazioni e barra la casella che esprime meglio il tuo parere.

1. Il paziente con dolore continuo va trattato preferibilmente con analgesici somministrati ad orario fisso piuttosto che al bisogno

Vero

Falso

2. Prima di somministrare un'ulteriore dose di analgesico bisogna aspettare che il paziente lamenti dolore

Vero

Falso

3. La via di somministrazione preferibile per gli analgesici narcotici è quella intramuscolare

Vero

Falso

4. Se un paziente richiede una quantità crescente di analgesici per controllare il dolore, significa che sta diventando psicologicamente dipendente da essi

Vero

Falso

5. Richieste sempre maggiori di analgesici sono segno che il paziente sta diventando Farmaco-dipendente

Vero

Falso

6. Il giudizio più accurato sull'intensità del dolore è quello che descrive il paziente

Vero

Falso

7. Quando un paziente con dolore riceve farmaci analgesici "al bisogno" è normale che li richieda prima che il dolore si ripresenti

Vero

Falso

8. Il personale sanitario è *sempre* in grado di cogliere i segni che indicano la presenza di dolore nei bambini

Vero

Falso

9. Gli analgesici narcotici possono provocare depressione respiratoria, quindi non devono essere usati nei bambini

Vero

Falso

10. I bambini piangono spesso, quindi, per essi sono indicate attività di distrazione piuttosto che veri e propri farmaci analgesici

Vero

Falso

11. Il dosaggio appropriato di Morfina nel paziente con dolore cronico è quello che controlla meglio la sintomatologia; esiste una dose massima, che non può essere superata, per questo tipo di farmaco

Vero

Falso

12. Somministrare un placebo al paziente con dolore cronico è spesso utile per valutare se realmente ha dolore

Vero

Falso

13. Per un buon trattamento del dolore neoplastico è necessario valutare con *continuità nel tempo* il dolore stesso e l'*efficacia della terapia* in atto

Vero

Falso

14. I pazienti hanno il diritto di aspettarsi come risultato del trattamento antidolorifico una completa scomparsa del sintomo

Vero

Falso

15. La mancanza di espressione di sofferenza non significa necessariamente assenza di dolore

Vero

Falso

16. La distrazione, come ad esempio la musica o le tecniche di rilassamento, può diminuire la percezione del dolore

Vero

Falso

17. La valutazione del dolore, da parte del medico o dell'infermiere, è una valida misura del dolore percepito dal paziente

Vero

Falso

18. I pazienti che presentano un dolore cronico intenso hanno bisogno di dosaggi più alti di analgesici rispetto ai pazienti con dolore acuto

Vero

Falso

19. Se il paziente (o un familiare) riferisce che un analgesico gli sta dando euforia, bisogna somministrare una dose minore di farmaco

Vero

Falso

20. Il 25% dei pazienti che ricevono analgesici a orario fisso diventano farmaco-dipendenti

Vero

Falso

Grazie per la cortese collaborazione

ALLEGATO 3

Tabella IV: Medie percentuali Ospedaliere anno 2015

	ADI	AREA MED	AREA CHI	PED	PS	GER	PSICH.		
ad orario fisso	30	140	104	3	18	36	7	90,37%	374
al bisogno	7	9	12	3	1	2	1	9,36%	
nr	0	1	0	0	0	0	0	0,27%	
VERO	4	36	10	3	3	8	0	17,11%	374
FALSO	33	114	104	3	16	30	8	82,35%	
NR	0	0	2	0	0	0	0	0,53%	
VERO	9	33	8	0	2	5	2	15,78%	374
FALSO	28	116	104	6	17	32	5	82,35%	
NR	0	1	4	0	0	1	1	1,87%	
VERO	10	42	20	0	6	4	2	22,46%	374
FALSO	27	106	96	6	12	32	6	76,20%	
NR	0	2	0	0	1	2	0	1,34%	
VERO	14	64	28	2	5	11	3	33,96%	374
FALSO	23	84	87	4	12	24	5	63,90%	
NR	0	2	1	0	2	3	0	2,14%	
VERO	31	119	87	6	13	34	8	79,68%	374
FALSO	6	28	27	0	6	2	0	18,45%	
NR	0	3	2	0	0	2	0	1,87%	
VERO	19	58	36	5	2	14	3	36,63%	374
FALSO	18	90	77	1	16	20	5	60,70%	
NR	0	2	3	0	1	4	0	2,67%	
VERO	9	40	27	0	6	11	1	25,13%	374
FALSO	28	114	87	6	4	25	7	72,46%	
NR	0	5	2	0	0	2	0	2,41%	
VERO	17	98	51	0	4	17	5	51,34%	374
FALSO	19	48	60	6	14	18	2	44,65%	
NR	1	4	5	0	1	3	1	4,01%	
VERO	13	47	23	1	4	10	4	27,27%	374
FALSO	24	99	88	5	15	26	3	69,52%	
NR	0	4	5	0	0	2	1	3,21%	
SI	27	70	73	4	9	27	4	57,22%	374
NO	9	78	41	2	7	9	3	39,84%	
NR	1	2	2	0	3	2	1	2,94%	
SI	22	88	55	3	10	20	3	53,74%	374
NO	15	58	59	3	8	15	5	43,58%	
NR	0	4	2	0	1	3	0	2,67%	
VERO	37	145	111	6	19	35	8	96,52%	374
FALSO	0	4	5	0	0	1	0	2,67%	
NR	0	1	0	0	0	2	0	0,80%	
VERO	33	119	85	4	14	28	7	77,54%	374
FALSO	3	31	31	2	5	8	0	21,39%	
NR	1	0	0	0	0	2	1	1,07%	
VERO	32	124	102	5	17	38	8	87,17%	374

FALSO	4	26	13	1	2	0	0	12,30%	
NR	1	0	1	0	0	0	0	0,53%	
VERO	32	136	106	6	18	37	6	91,18%	
FALSO	4	14	9	0	1	1	2	8,29%	
NR	1	0	1	0	0	0	0	0,53%	374
VERO	21	87	53	1	9	16	2	50,53%	
FALSO	15	62	59	5	9	23	6	47,86%	
NR	1	1	3	0	1	0	0	1,60%	374
VERO	4	54	23	3	2	13	1	26,74%	
FALSO	30	95	90	3	17	25	6	71,12%	
NR	3	1	3	0	0	0	1	2,14%	374
VERO	12	64	44	3	11	19	1	41,18%	
FALSO	23	84	70	3	6	18	7	56,42%	
NR	2	2	2	0	2	1	0	2,41%	374
VERO	11	74	37	2	7	19	3	40,91%	
FALSO	24	76	75	4	12	18	4	56,95%	
NR	2	0	4	0	0	1	1	2,14%	374

Allegato 4

Tabella V: Tabella di Tendenza percentuali errate, Area Geriatrico - Riabilitativa

Tabella di tendenza sulle conoscenze generali del personale 2012 /2015 AREA GERIATRICO-RIABILITATIVA - RISPOSTE ERRATE					
N.	Quesito	2012	2013	2014	2015
1	Il paziente con dolore va trattato preferibilmente con analgesici somministrati ad orario fisso piuttosto che al bisogno	2,70%	2,44%	2,50%	5,26%
2	Prima di somministrare un'ulteriore dose di analgesico bisogna aspettare che il paziente lamenti dolore	29,73%	26,83%	10,00%	21,05%
13	Per un buon trattamento del dolore neoplastico è necessario valutare con continuità, nel tempo il dolore e l'efficacia della terapia	5,40%	2,44%	0,00%	7,89%
15	La mancanza di espressione di sofferenza non significa necessariamente assenza di dolore	5,40%	12,20%	10,00%	0,00%
16	La distrazione, ad esempio tramite musica o tecniche di rilassamento, può diminuire la percezione del dolore	8,11%	19,51%	5,00%	2,63%
17	La valutazione del dolore da parte del medico dell'infermiere è una valida misura del dolore percepito dal paziente	40,54%	58,54%	60,00%	42,11%
18	I pazienti che presentano un dolore cronico intenso hanno bisogno di dosaggi più alti di analgesici rispetto ai pazienti con dolore acuti	56,76%	60,98%	75,00%	65,79%

19	Se il paziente (o familiare) riferisce che un analgesico gli sta dando euforia bisogna dargli una dose minore di farmaco	54,05%	51,22%	32,50%	52,63%
VALORI MEDI		25,34%	29,27%	24,38%	24,67%

Grafico II.: Curva di tendenza sulle Conoscenze Generali, Area Geriatrico – Riabilitativa

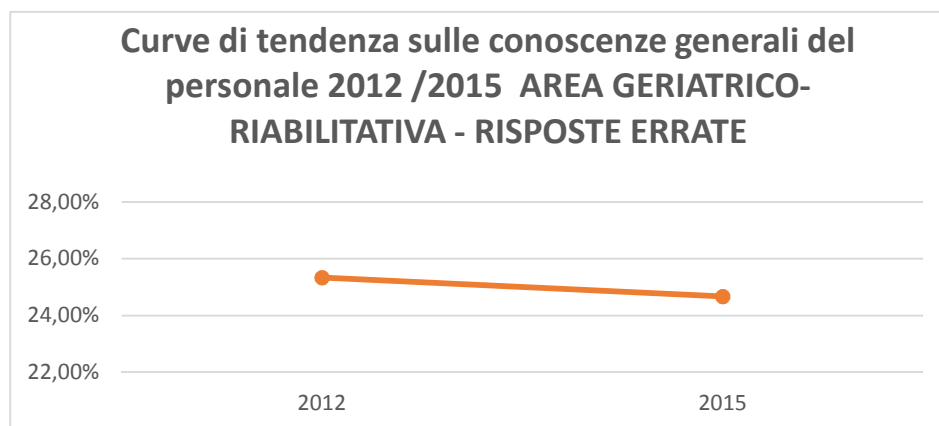


Tabella VI: Tabella di Tendenza sulle conoscenze Generali, percentuali risposte errate, Area Medica

Curve di tendenza sulle conoscenze del personale 2012 /2015 AREA MEDICA - RISPOSTE ERRATE					
N	Quesito	2012	2013	2014	2015
1	Il paziente con dolore va trattato preferibilmente con analgesici somministrati ad orario fisso piuttosto che al bisogno	5,88%	3,94%	1,08%	6,67%
2	Prima di somministrare un'ulteriore dose di analgesico bisogna aspettare che il paziente lamenti dolore	21,85%	22,05%	23,66%	24,00%
13	Per un buon trattamento del dolore neoplastico è necessario valutare con continuità, nel tempo il dolore e l'efficacia della terapia	5,04%	2,36%	6,45%	3,34%
15	La mancanza di espressione di sofferenza non significa necessariamente assenza di dolore	12,60%	14,96%	13,98%	17,33%
16	La distrazione, ad esempio tramite musica o tecniche di rilassamento, può diminuire la percezione del dolore	8,40%	11,03%	7,53%	9,33%

17	La valutazione del dolore da parte del medico dell'infermiere è una valida misura del dolore percepito dal paziente	37,07%	42,51%	30,11%	58,67%
18	I pazienti che presentano un dolore cronico intenso hanno bisogno di dosaggi più alti di analgesici rispetto ai pazienti con dolore acuti	72,27%	74,01%	82,80%	64,00%
19	Se il paziente (o familiare) riferisce che un analgesico gli sta dando euforia bisogna dargli una dose minore di farmaco	51,10%	35,94%	38,71%	44,00%
VALORI MEDI		10,71%	10,34%	10,22%	11,37%

Grafico III: Curva di tendenza sulle Conoscenze Generali, Area Medica

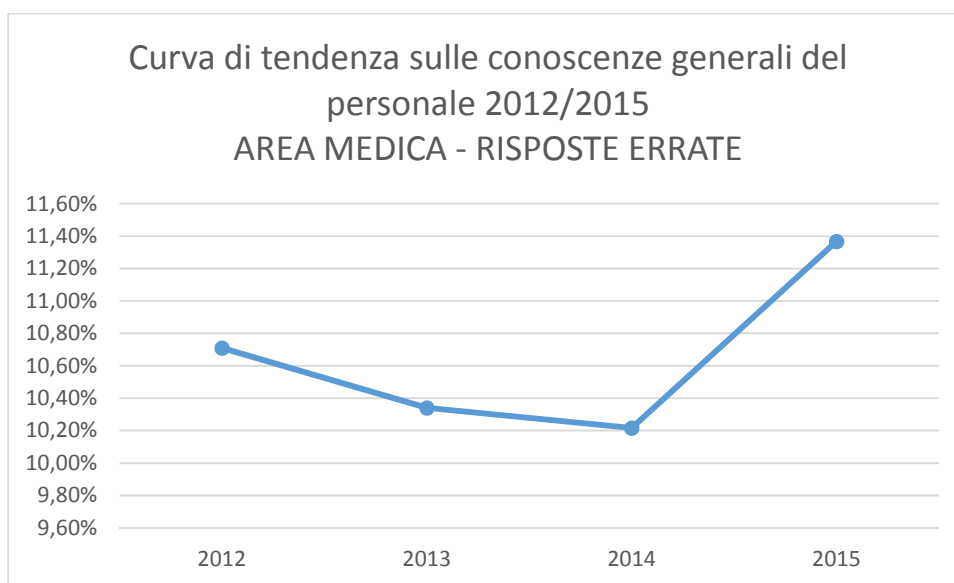


Tabella VII: Tabella di Tendenza percentuali, conoscenze del personale sul uso di oppioidi errate, Area Geriatrico – Riabilitativa

Curve di tendenza sulle conoscenze sull'uso di oppioidi del personale 2012 /2015 GERIATRIA - RISPOSTE ERRATE					
N.	Quesito	2012	2013	2014	2015
3	La via di somministrazione preferibile per gli analgesici narcotici è quella intramuscolare	13,52%	21,95%	15,00%	15,79%
9	Gli analgesici narcotici possono provocare depressione respiratoria, quindi non devono essere usati nei bambini	45,95%	43,90%	55,00%	52,63%
11	Il dosaggio appropriato di morfina nel paziente con dolore cronico è quello che controlla meglio la sintomatologia; esiste una dose massima (che non può essere superata) per la morfina?	64,86%	53,66%	45,00%	76,31%
VALORI MEDI		41,44%	39,84%	38,33%	48,24%

Grafico IV: Curva di tendenza sulle Conoscenze Oppioidi, Area Geriatrico – Riabilitativa

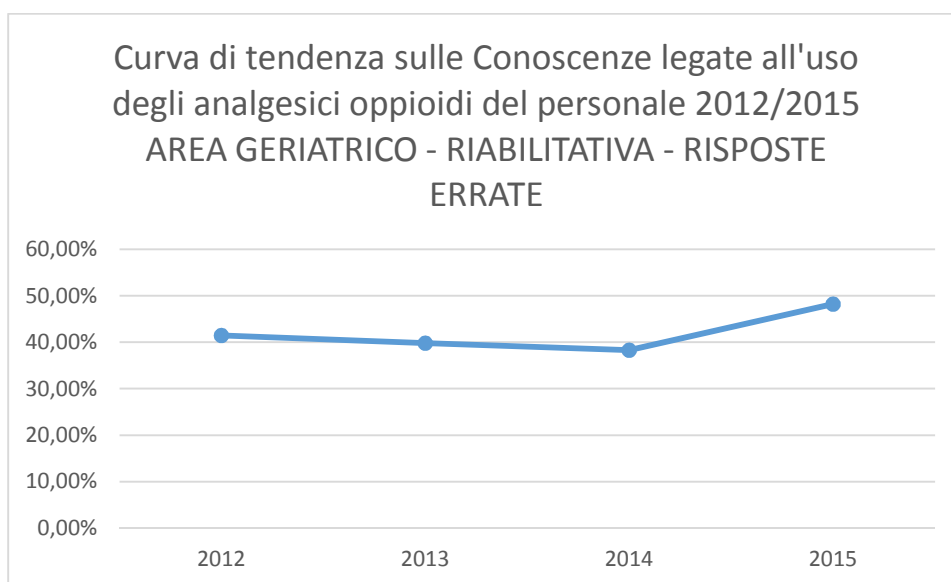


Tabella VIII: Tabella di Tendenza conoscenze uso di oppioidi, percentuali risposte errate, Area Medica

Curve di tendenza sulle conoscenze del personale 2012 /2015 AREA MEDICA - RISPOSTE ERRATE					
N	Quesito	2012	2013	2014	2015
3	La via di somministrazione preferibile per gli analgesici narcotici è quella intramuscolare	36,97%	12,60%	16,13%	22,67%
9	Gli analgesici narcotici possono provocare depressione respiratoria, quindi non devono essere usati nei bambini	61,34%	40,95%	45,16%	68,00%
11	Il dosaggio appropriato di morfina nel paziente con dolore cronico è quello che controlla meglio la sintomatologia; esiste una dose massima (che non può essere superata) per la morfina?	52,94%	44,09%	58,06%	48,00%
VALORI MEDI		50,42%	32,55%	39,78%	46,22%

Grafico V: Curva di tendenza sulle Conoscenze Oppioidi, Area Medica

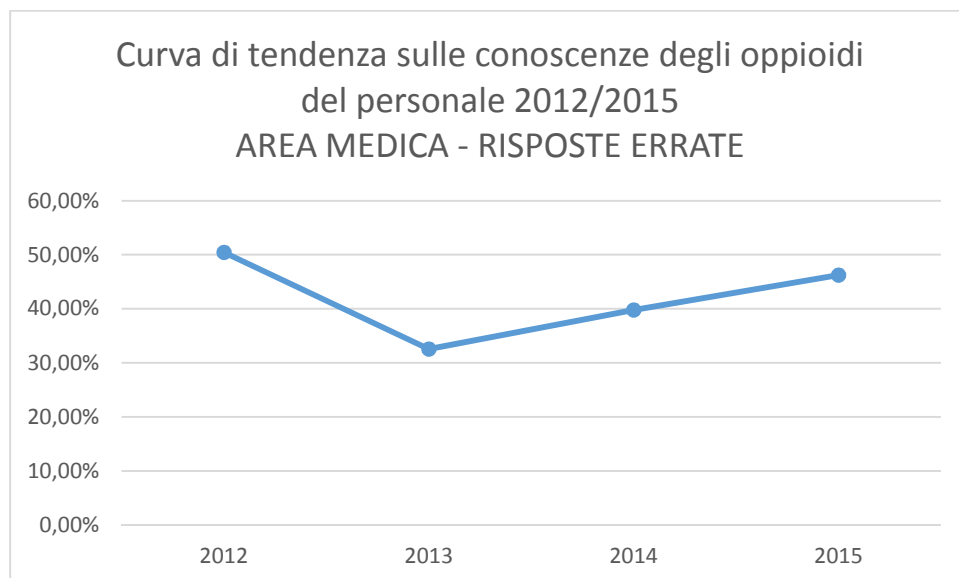


Tabella IX: Tabella di Tendenza percentuali errate, Area Geriatrico – Riabilitativa

Curve di tendenza sulle conoscenze del personale 2012 /2015 GERIATRIA - RISPOSTE ERRATE					
N.	Quesito	2012	2013	2014	2015
4	Se un paziente richiede quantità crescenti di analgesici per controllare il dolore, significa che sta diventando psicologicamente dipendente da essi	18,92%	9,76%	22,50%	15,79%
5	Richieste sempre maggiori di analgesici sono segno che il paziente sta diventando farmaco dipendente	27,02%	26,83%	30,00%	36,84%
20	Il 25% dei pazienti che ricevono analgesici ad orario fisso diventano farmaco dipendenti	29,73%	31,71%	45,00%	52,63%
VALORI MEDI		25,22%	22,77%	32,50%	35,09%

Grafico VI: Curva di tendenza sulle Conoscenze sulla dipendenza, Area Geriatrico-Riabilitativa

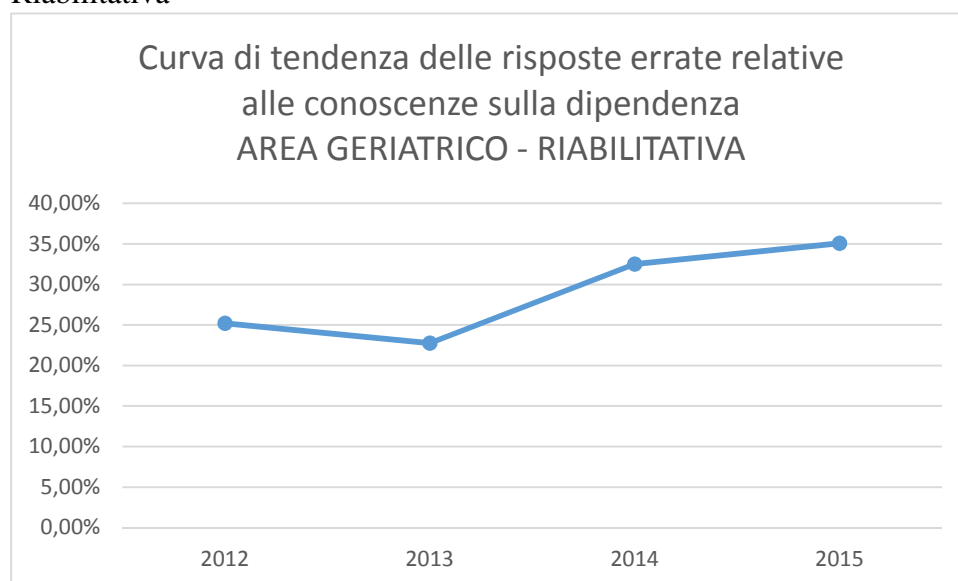


Tabella X: Tabella di Tendenza conoscenze sulla dipendenze, percentuali errate, Area Medica

Curve di tendenza sulle conoscenze del personale 2012 /2015 AREA MEDICA - RISPOSTE ERRATE					
N	Quesito	2012	2013	2014	2015
4	se un paziente richiede quantità crescenti di analgesici per controllare il dolore, significa che sta diventando psicologicamente dipendente da essi	27,73%	25,99%	20,43%	29,33%

5	Richieste sempre maggiori di analgesici sono segno che il paziente sta diventando farmaco dipendente	43,70%	40,15%	30,11%	44,00%
20	Il 25% dei pazienti che ricevono analgesici ad orario fisso diventano farmaco dipendenti	52,94%	49,30%	44,09%	49,33%
VALORI MEDI		41,46%	38,48%	31,54%	40,89%

Grafico VII: Curva di tendenza sulle Conoscenze sulla dipendenza, Area Medica

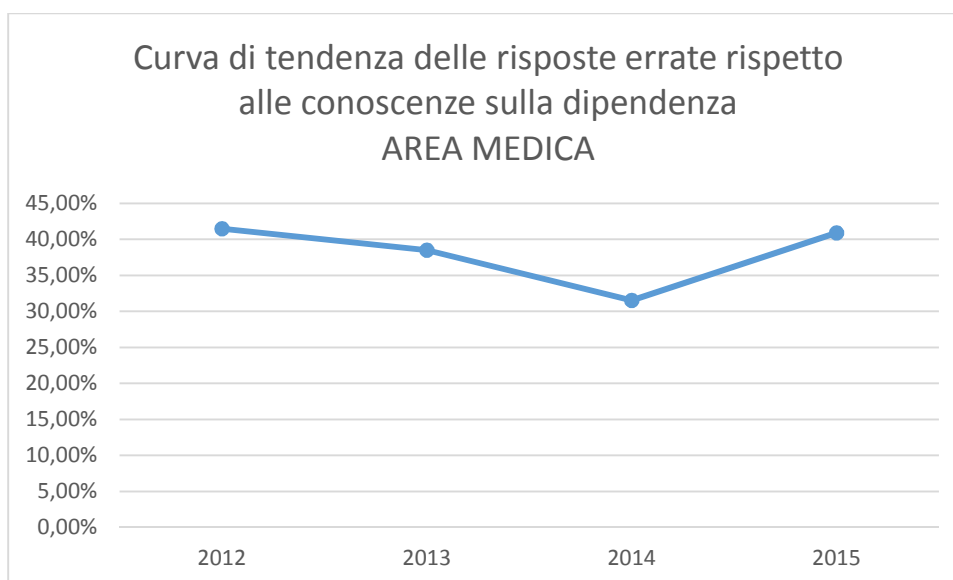


Tabella XI: Tabella di Tendenza percentuali errate, Conoscenze sulla gestione dolore Pediatrico, Area Geriatrico – Riabilitativa

Curve di tendenza sulle conoscenze del personale 2012 /2015 GERIATRIA - RISPOSTE ERRATE					
N.	Quesito	2012	2013	2014	2015
8	Il personale sanitario è sempre in grado di cogliere i segni che indicano la presenza di dolore nei bambini	13,51%	31,71%	12,50%	34,21%
9	Gli analgesici narcotici possono provocare depressione respiratoria, quindi non devono essere usati nei bambini	45,95%	43,90%	55,00%	52,63%

10	I bambini piangono sempre, quindi per essi sono indicate attività di distrazione piuttosto che veri e propri farmaci analgesici	21,62%	41,47%	30,00%	31,58%
VALORI MEDI		27,03%	39,03%	32,50%	39,47%

Grafico VIII: Curva di tendenza sulle Conoscenze sulla gestione dolore Pediatrico, Area Geriatrico-Riabilitativa



Tabella XII: Tabella di Tendenza dolore pediatrico, percentuali errate, Area Medica

Curve di tendenza sulle conoscenze del personale 2012 /2015 AREA MEDICA - RISPOSTE ERRATE					
N	Quesito	2012	2013	2014	2015
8	Il personale sanitario è sempre in grado di cogliere i segni che indicano la presenza di dolore nei bambini	23,53%	21,26%	22,59%	30,67%
9	Gli analgesici narcotici possono provocare depressione respiratoria, quindi non devono essere usati nei bambini	61,34%	40,95%	45,16%	68,00%
10	I bambini piangono sempre, quindi per essi sono indicate attività di distrazione piuttosto che veri e propri farmaci analgesici	39,50%	37,80%	23,66%	34,00%
VALORI MEDI		6,22%	5,00%	4,57%	6,63%

Grafico IX: Curva di tendenza sulle Conoscenze sulla gestione dolore Pediatrico, Area Medica

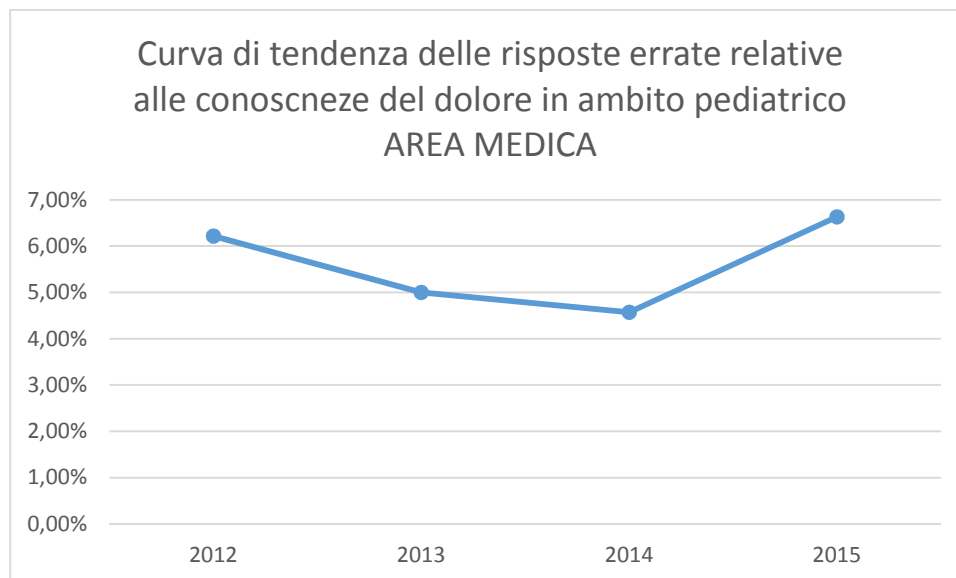


Tabella XIII: Tabella di Tendenza, atteggiamento del personale, percentuali errate, Area Geriatrico – Riabilitativa

Curve di tendenza , atteggiamento, percentuale risposte errate 2012 /2015 GERIATRIA - RISPOSTE ERRATE					
N.	Quesito	2012	2013	2014	2015
6	il giudizio più accurato sull'intensità del dolore è quello che descrive il paziente	0,00%	21,95%	12,50%	10,52%
7	Quando un paziente con dolore riceve farmaci analgesici "al bisogno" è normale che li richieda prima che il dolore si ripresenti	67,57%	63,42%	45,00%	63,16%
12	Somministrare un placebo al paziente con dolore cronico è spesso utile per valutare ha dolore?	45,95%	39,03%	45,00%	47,36%
14	I pazienti hanno il diritto di aspettarsi come risultato del trattamento una completa scomparsa del dolore	40,54%	12,20%	22,50%	26,31%
VALORI MEDI		38,52%	34,15%	31,25%	36,84%

Grafico X: Curva di tendenza sull'Atteggiamento del personale sanitario, Area Geriatrico-Riabilitativa

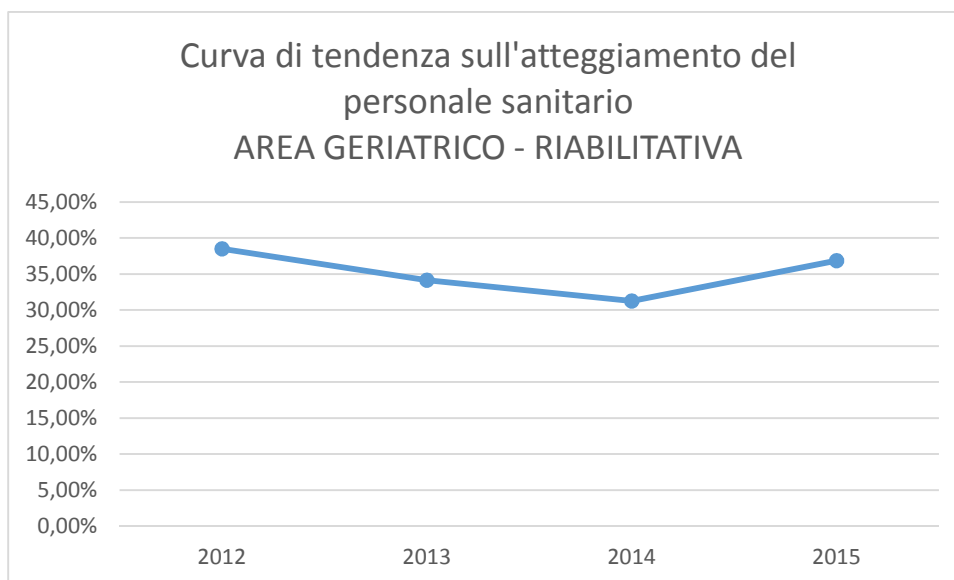


Tabella XIV: Tabella di Tendenza percentuali errate, Area Medica

Grafico XI: Curva di tendenza sull'Atteggiamento del personale sanitario, Area Medica

Curve di tendenza sulle conoscenze del personale 2012 /2015 AREA MEDICA - RISPOSTE ERRATE					
N	Quesito	2012	2013	2014	2015
6	Il giudizio più accurato sull'intensità del dolore è quello che descrive il paziente	14,29%	12,60%	19,35%	20,67%
7	Quando un paziente con dolore riceve farmaci analgesici "al bisogno" è normale che li richieda prima che il dolore si ripresenti	58,82%	58,27%	60,22%	61,33%
12	Somministrare un placebo al paziente con dolore cronico è spesso utile per valutare ha dolore?	51,26%	44,88%	59,14%	41,33%
14	I pazienti hanno il diritto di aspettarsi come risultato del trattamento una completa scomparsa del dolore	18,49%	18,11%	23,66%	20,67%
VALORI MEDI		7,14%	6,69%	8,12%	7,20%

Curva di tendenza delle risposte errate relativa
all'atteggiamento del personale sanitario
AREA MEDICA

