

 <b>Centro Residenziale</b> <b>Matteo Remaggi</b> AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA	<b>PROTOCOLLO CONTROLLO DEL DOLORE</b>	<b>RS18</b>	
		Data: 1/09/2022 Rev. 1	Pag. 1 di 11

**Numerazione  
ANZ.RSA.RS18**

**LISTA DI DISTRIBUZIONE**

N°	FUNZIONE	FIRMA
1	Direttore Generale	
2	Coordinamento Infermieristico	

1	1/9/2022	Revisione		
0	10.02.2022	1° Emissione		
<b>Rev</b>	<b>Data</b>	<b>Causale</b>	<b>Revisione e Verifica</b>	<b>Approvazione</b>
			RGQ	Direttore Generale

 <p>Centro Residenziale Matteo Remaggi AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p>	<p><b>PROTOCOLLO CONTROLLO DEL DOLORE</b></p>	<p><b>RS18</b></p>	
		<p>Data: 1/09/2022 Rev. 1</p>	<p>Pag. 2 di 11</p>

## INDICE

- INTRODUZIONE
- SCOPO
- MATRICE DELLE RESPONSABILITA'
- DEFINIZIONE DEL DOLORE
- CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE:
  - DOLORE ACUTO
  - DOLORE CRONICO
  - DOLORE DA PROCEDURA
- ASPETTI NORMATIVI
- APPROCCIO DELL'OSPITE IN RSA CON DOLORE
  - RILEVAZIONE DEL DOLORE
  - SCALE PER LA VALUTAZIONE DEL DOLORE
    - VAS
    - NRS
    - VRS
    - PAINAID
    - NOPPAIN
- INDICATORI E MONITORAGGIO

	<b>PROTOCOLLO CONTROLLO DEL DOLORE</b>	<b>RS18</b>	
		Data: 1/09/2022 Rev. 1	Pag. 3 di 11

## INTRODUZIONE

Il dolore viene definito come una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associato a, o che assomiglia a quella associata a, un danno tissutale attuale o potenziale.

Esso può essere associato ad un'esperienza personale che può essere influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.

## SCOPO

Questo protocollo è stato elaborato nell'intento di assicurare a tutti gli ospiti ricoverati un trattamento del dolore che consenta il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile in relazione anche alla malattia presentata.

L'obiettivo è la gestione del paziente adulto con dolore nel setting descritto, per il miglioramento della qualità di vita, il cui controllo e monitoraggio è effettuato dagli operatori coinvolti.

L'operatore valuta gli indicatori, i risultati, le criticità, la varianza, i bisogni emersi (eventuali attività correttive) e se revisionare il documento. La revisione è a seguito di modifiche sostanziali di tipo organizzativo, normativo, clinico e comunque si consiglia ogni tre anni dalla data di applicazione. Il dolore deve sempre essere controllato in quanto determina una reazione di stress nell'organismo con i relativi effetti negativi (incremento del tono muscolare, aumento del consumo di ossigeno e produzione di acido lattico, vasocostrizione generalizzata, aumento della frequenza cardiaca, riduzione della funzione immunitaria ...).

## MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	MMG	INFERMIERE	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<b>Rilevazione del dolore all'ingresso</b>	R	R	S
<b>Compilazione della scala dolore messa in uso</b>	R	R	S
<b>Prescrizione terapia antidolorifica condizionata</b>	R	I	S
<b>Valutazione dell'ospite con dolore</b>	I	R	S
<b>Somministrazione della terapia condizionata a seguito di valutazione</b>	I	R	S

### LEGENDA MATRICE DELLE RESPONSABILITA':

I = informato R= responsabile S= supervisione e coordinamento

	<b>PROTOCOLLO CONTROLLO DEL DOLORE</b>	<b>RS18</b>	
		Data: 1/09/2022 Rev. 1	Pag. 4 di 11

## DEFINIZIONE DEL DOLORE

Il dolore è uno dei fenomeni più difficili da comprendere proprio per la sua soggettività. La prima definizione di dolore secondo l'*International Association for Study of Pain* era *“una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a un danno tissutale in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”*, dopo 40 anni la definizione viene modificata per *“tutelare i soggetti più fragili”* data l'incapacità di descrivere verbalmente la propria esperienza di dolore come per i bambini, gli anziani ecc...

## CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE

In letteratura troviamo molti tentativi di classificazione del dolore in base:

- alle discipline mediche (neurologia, reumatologia, ortopedia ecc.),
- alla malattia di base (neoplasia ecc.)
- alla diversa sede della malattia stessa
- al tessuto interessato (articolazioni, muscoli ecc.),
- alla durata del dolore
- al meccanismo patogenetico che sottende al dolore dichiarato da un paziente

### Classificazione del dolore in base alla durata

Possiamo classificare il dolore in:

1. Dolore acuto
2. Dolore cronico
3. Dolore da procedura

## 1. DOLORE ACUTO

È un dolore a esordio recente, spesso improvviso e di durata limitata; ha una correlazione causale e temporale con un danno tissutale o con una malattia. L'intensità del dolore è direttamente proporzionale all'intensità dello stimolo. Di solito scompare dopo la riparazione del danno, funzione di allarme e di segnalazione.

Vi sono due tipi di dolore acuto: fisiologico e patologico. Quello fisiologico o è sempre evocato, ovvero causato da uno stimolo che deve essere *“sovra-soglia”* ovvero di intensità sufficiente a generare nei nocicettori tissutali un potenziale d'azione, senza provocare un danno tissutale. Ha la funzione di allerta (scopo preventivo) e genera sempre una risposta riflessa che ha lo scopo di impedire il verificarsi di un danno tissutale. Dura in genere pochi secondi ed è di intensità proporzionale alla causa che lo ha generato. Invece quello patologico è causato da un danno tissutale che si mantiene per un tempo breve (ore o giorni). Il dolore acuto può essere spontaneo ed evocato da uno stimolo non necessariamente doloroso. Scompare con la guarigione del danno tissutale ed ha uno scopo protettivo in quanto avverte il paziente della presenza del danno e

 <p><b>Centro Residenziale</b> <b>Matteo Remaggi</b> AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p>	<p><b>PROTOCOLLO CONTROLLO DEL DOLORE</b></p>	<p><b>RS18</b></p>	
		<p>Data: 1/09/2022 Rev. 1</p>	<p>Pag. 5 di 11</p>

induce ad accertamenti medici. Si pensi ad una ferita, ad una ustione, ad un ascesso dentale. Il dolore postoperatorio è il dolore acuto più facilmente riscontrabile in ospedale.

## 2. DOLORE CRONICO

È un dolore che continua per giorni o settimane. Se analizziamo la letteratura scientifica troviamo infatti varie misure del tempo di persistenza del dolore. Alcuni autori parlano di due, tre mesi, altri di sei e altri ancora di dodici. La IASP definisce come cronico quel dolore che persiste al di là del tempo ragionevole di un normale decorso di una malattia (Turk 2001, Main 2001, Thienhous 2001). Il termine “cronico” viene però utilizzato anche per definire il dolore da un punto di vista fisiopatologico nel senso che sottintende la presenza di meccanismi patogenetici propri in grado di mantenere il dolore nel tempo. Il dolore cronico identifica una condizione patologica dolorosa che persiste, anche senza correlazione con una causa identificata, e che può essere conseguenza di uno stato di malattia la cui guarigione non coincide con la remissione del dolore, oppure essere indipendente da malattie causali. Possiamo parlare di cronico quando il dolore continua nel tempo perché è causato dalla presenza di una malattia cronica, o quando si è instaurato un meccanismo patogenetico cronico proprio del dolore o infine quando l'ospite sviluppa una vera e propria “malattia” per l'instaurarsi di un quadro clinico che comprende manifestazioni patologiche che appartengono alla sfera fisica, a quella psicologica e a quella sociale

## 3. DOLORE DA PROCEDURA

È un dolore completamente misconosciuto o sottostimato. Ogni giorno vengono eseguite migliaia di procedure che provocano dolore (incannulamenti venosi periferici, cateterizzazioni, prelievi ematici, indagini invasive, terapie di riabilitazione) senza che l'ospite venga adeguatamente protetto dal dolore.

## 4. ASPETTI NORMATIVI

**Legge 15 Marzo 2010 n. 38 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010 Art. 2. (Definizioni).**

Ai fini della presente legge si intende per:

a) «cure palliative»: l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici;

b) «terapia del dolore»: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore;

	<b>PROTOCOLLO CONTROLLO DEL DOLORE</b>	<b>RS18</b>	
		Data: 1/09/2022 Rev. 1	Pag. 6 di 11

c)«malato»: la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa;

d)«reti»: la rete nazionale per le cure palliative e la rete nazionale per la terapia del dolore, volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome, dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari;

e)«assistenza domiciliare»: l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle équipes specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta;

f) «assistenza specialistica di terapia del dolore»: l'insieme degli interventi sanitari e assistenziali di terapia del dolore erogati in regime ambulatoriale, di day hospital e di ricovero ordinario e sul territorio da équipes specialistiche.

Come trattato dal Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15.03.2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" Anno 2015: - riconosce il dolore cronico non solo un sintomo di una malattia cronica (intesa come perdurante nel tempo), ma come una malattia a se stante da riconoscere, diagnosticare e trattare a seconda del meccanismo fisiopatologico che la sostiene da specialisti dedicati - richiede un approccio multidisciplinare con il compito di arrivare a definire in modo corretto il meccanismo fisiopatologico alla base di tale problematica - dà a chi lamenta il dolore cronico il diritto di accesso alla terapia del dolore - esplicita la necessità di definire linee guide comuni per l'accesso alla terapia del dolore a diversi livelli a secondo della complessità della “malattia dolore” lamentata dall’assistito - consente ai Medici di famiglia di prescrivere i farmaci oppiacei con il semplice ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.

#### **Medico di Medicina Generale (AFT) , delibera GRT n.710/2014**

Il Medico di Medicina generale: Delibera GRT n. 710/2014“Attuazione L.38/2010 - Struttura regionale e strutture aziendali di coordinamento della rete della Terapia del Dolore. Individuazione centri Hub e Spoke” “a) la medicina generale. La medicina generale fornisce la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni della persona con dolore; indirizza il paziente, quando necessario e secondo criteri condivisi di appropriatezza, allo Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore o all'HUB/centro ospedaliero di terapia del dolore, e garantisce la continuità della gestione nell'ambito di percorsi definiti nella rete. Con adeguata formazione si implementano le capacità del Medico di Medicina Generale per conoscere e applicare i Percorsi Diagnostico Terapeutici e Riabilitativi (PDT-Dolore); in particolare, il MMG deve essere in grado di effettuare una diagnosi del tipo di dolore, utilizzando semplici strumenti disponibili in ogni

	<b>PROTOCOLLO CONTROLLO DEL DOLORE</b>	<b>RS18</b>	
		Data: 1/09/2022 Rev. 1	Pag. 7 di 11

ambulatorio, misurarne la intensità e l'impatto sulla qualità di vita registrando il dato nel fascicolo del paziente (art. 7 della Legge 38/2010), ed impostare la terapia.

**Setting Spoke Centro ambulatoriale di terapia del dolore (Delibere GRT n.710/2014; n.1225/2012; n.1224/2016)**

Delibera GRT n. 710/2014 “Attuazione L.38/2010 - Struttura regionale e strutture aziendali di coordinamento della rete della Terapia del Dolore. Individuazione centri Hub e Spoke” “b) Spoke - centro ambulatoriale di terapia antalgica La struttura di livello spoke è una struttura ambulatoriale, con un minimo di attività pari almeno a 18 ore settimanali dedicate a pazienti esterni. La struttura è preposta ad effettuare interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, chirurgici variamente integrati, finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone assistite in regime ambulatoriale. Garantisce la gestione del dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi. Garantisce attività di consulenza ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG). Nel centro spoke deve operare almeno un medico anestesista rianimatore dedicato all'attività di terapia antalgica, supportato dalla presenza di un infermiere esperto e da una procedura formalizzata di intervento durante lo svolgimento dell'attività invasiva maggiore. Il centro spoke individua e definisce procedure e istruzioni operative per l'erogazione delle prestazioni e la gestione dei rapporti con gli altri soggetti della rete, e con la rete delle cure palliative presente nel bacino di riferimento dello spoke. Gli standard e i requisiti minimi per l'accreditamento sono quelli previsti dall'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012.”

Delibera GRT n. 1225/2012 “L. 38/2010 - Recepimento Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 concernente l'accreditamento delle strutture e delle reti assistenziali in materia di Cure Palliative e Lotta al Dolore” “Spoke/Centro ambulatoriale di terapia del dolore La struttura di livello Spoke è preposta ad effettuare interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, chirurgici variamente integrati, finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone assistite in regime ambulatoriale. Garantisce la gestione del dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi.” “Fabbisogno. La distribuzione sul territorio regionale degli Hub/Centro ospedaliero di terapia del dolore e Spoke/Centro ambulatoriale di terapia del dolore viene proporzionata al numero di abitanti, salvaguardando le aree territoriali disagiate, quindi una rete regionale può avere più di un Hub/Centro ospedaliero di terapia del dolore. Requisiti minimi Spoke/Centro ambulatoriale di terapia del dolore Livello: ospedaliero/territoriale. Strutturali: risponde ai requisiti di accreditamento regionali per strutture ambulatoriali ad indirizzo chirurgico.

**4. APPROCCIO OSPITE IN RSA CON DOLORE**

I cambiamenti funzionali dell'organismo umano provocano un processo di invecchiamento che possono causare delle manifestazioni dolorose. Vi sono degli studi che indicano che gran parte dei residenti nelle case di riposo soffrono di un dolore che interferisce con la possibilità di svolgere normalmente gli atti della vita quotidiana.

	<b>PROTOCOLLO CONTROLLO DEL DOLORE</b>	<b>RS18</b>	
		Data: 1/09/2022 Rev. 1	Pag. 8 di 11

La figura professionale che accoglie l'ospite in una struttura riabilitativa è l'infermiere professionale. Esso, attraverso un colloquio e una valutazione approfondita basata sulla documentazione sanitaria, caregivers e valutazione visiva riesce a identificare i vari bisogni dell'ospite. In particolare, viene somministrata una scheda di valutazione del dolore o in alternativa, in base alle capacità cognitive, si somministra una differente scala.

#### 4.1 Rilevazione del dolore

Il dolore è definito il quinto parametro vitale ed in ambito ospedaliero viene rilevato quotidianamente. Secondo la letteratura, in RSA la rilevazione del dolore deve essere fatta all'ingresso per i primi 15 giorni relativi al periodo di osservazione ogni qualvolta in cui ci sono cambiamenti delle condizioni generali della persona e nella redazione e revisione dei progetti assistenziali individuali (PAI).

Al fine di una corretta valutazione del dolore e per evitare la sovra o sottostima di questo parametro, è essenziale che sia condotta da medici e infermieri esperti.

#### 4.2 Scale per la valutazione del dolore

Le scale di valutazione utili alla misurazione del dolore offrono una lettura oggettiva e confrontabile, attraverso la rilevazione di dati qualitativi e quantitativi. Il loro impiego rende dunque anche possibile la misura dei risultati del trattamento. La scelta della scala per la misurazione del dolore viene fatta in base alle caratteristiche individuali, ed implica una buona conoscenza delle capacità cognitive e comportamentali della persona. Data la vasta gamma di soggetti, si consiglia di mettere a disposizione dei professionisti tutte le scale, con ampia possibilità di scelta. La misurazione del dolore avviene tramite scale dirette o auto-valutative (self-report), dette anche unidimensionali che si basano sulla descrizione verbale o analogica che la persona riesce a dare del proprio dolore e valutano l'intensità del dolore e scale indirette, etero-valutative, dette anche multidimensionali. Le scale più usate sono: Visual Analogue Scale (VAS), NRS, VRS, Face Pain Scale, Painaid e Noppain. Per le unidimensionali la misurazione del dolore è diretta, in quanto la persona dichiara il livello di dolore percepito. L'utilizzo di queste scale implica un buon livello di comprensione e la capacità di comunicare integra, quindi possono essere utilizzate in ospiti che comprendono le domande semplici. Invece le multidimensionali, oltre all'intensità, valutano specifici indici comportamentali e fisiologici in risposta ad uno stimolo doloroso negli ospiti con decadimento cognitivo grave che non riescono ad esprimere il dolore. La valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'osservazione degli operatori.

##### 4.2.1 SCALA VAS

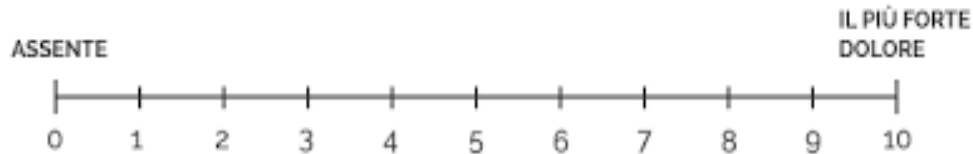
Nella Scala Visuale Analogica (VAS) si utilizza invece una linea retta lunga 10 centimetri i cui gli estremi rappresentano le condizioni di nessun dolore e di massimo dolore possibile, ed il paziente viene invitato ad identificare sulla retta il punto corrispondente al suo dolore. Questa scala ha lo svantaggio di non poter essere usata nei pazienti con deficit cognitivi o fisici e nello stato avanzato della malattia dolorosa.



	<b>PROTOCOLLO CONTROLLO DEL DOLORE</b>	<b>RS18</b>	
		Data: 1/09/2022 Rev. 1	Pag. 9 di 11

### SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS) DEL DOLORE

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



#### 4.2.2 SCALA NRS

La Scala di Valutazione Numerica (NRS) ha il vantaggio di non richiedere, per il suo utilizzo, alcun supporto cartaceo e valuta l'intensità del dolore da 0 (nessun dolore) a 10 (il dolore più terribile che si possa immaginare).

### A) scala di valutazione numerica (NRS)

Scala Unidimensionale



**VANTAGGI:**

- Praticità: uso verbale, nessun supporto cartaceo
- N°di intervalli maggiori della VRS
- Ottimo utilizzo per via telefonica (in assistenza domiciliare)

**SVANTAGGI:**

- Difficoltà a ridurre la sensazione dolorosa in numero
- N°di intervalli minori rispetto alla VAS

#### 4.2.3 SCALA VRS

È la più semplice ed ha la maggiore probabilità di completamento, in quanto molti pazienti preferiscono le scale verbali a quelle analogico-visive o numeriche. La scala definisce l'intensità del dolore come lieve, moderato, grave o assente; oppure dolore assente, lieve, fastidioso, penoso, orribile e atroce. È semplice e agevole da somministrare. Allo stesso modo il sollievo del dolore può essere definito come assente, lieve, moderato o buono. Le distanze fra i termini descrittivi utilizzati si suppongono uguali. Questa scala si è dimostrata sensibile alla posologia dei farmaci, al sesso e alle differenze etniche, e risulta più accurata rispetto alla scala analogica visiva nella valutazione degli effetti degli analgesici sul dolore acuto. La scala verbale è limitata dal fatto che offre un numero ristretto di termini per rappresentare il dolore e pertanto non consente una fine valutazione dello stesso.

#### 4.2.4 SCALA PAINAID

E' una scala multidimensionale utilizzata per i pazienti non collaboranti con deterioramento cognitivo severo. Essa si somministra nel paziente con punteggi al MMSE inferiori a 15. Si basa sull'osservazione di 5 indicatori (respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo, consolazione) ai quali viene dato un punteggio che consente poi una sovrapposibilità con le scale numeriche in uso.

	0	1	2
<b>RESPIRO</b> (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
<b>VOCALIZZAZIONE</b>	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti. Pianto
<b>ESPRESSIONE FACCIALE</b>	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
<b>LINGUAGGIO DEL CORPO</b>	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
<b>CONSOLABILITA'</b>	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

**Punteggio:**

0 = nessun dolore

10= massimo dolore

#### 4.2.5 SCALA NOPPAIN

E' stata strutturata per evidenziare la presenza di dolore in pazienti non in grado di comunicare verbalmente la propria sofferenza al personale di cura. Essa si somministra nel paziente con punteggi al MMSE inferiori a 15. La valutazione del dolore è basata prevalentemente sul comportamento non verbale. La scheda deve essere compilata dal personale di cura dopo aver osservato i comportamenti da dolore del paziente per almeno 5 minuti durante le attività assistenziali quotidiane. L'operatore deve documentare ciò che ha osservato o ascoltato durante le manovre assistenziali.

 <b>Centro Residenziale</b> <b>Matteo Remaggi</b> AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA	<b>PROTOCOLLO CONTROLLO DEL DOLORE</b>	<b>RS18</b>	
		Data: 1/09/2022 Rev. 1	Pag. 11 di 11

## 5. INDICATORI E MONITORAGGIO

INDICATORE NUMERATORE	INDICATORE DENOMINATORE	VALORE ATTESO
Numero persone assistite presenti in struttura con almeno una scala controllo dolore compilata	Numero scale dolore compilate	<b>100%</b>

Il responsabile del monitoraggio e della verifica sulla corretta applicazione del seguente protocollo è individuato nel Coordinatore Infermieristico.