

Il paziente sordo e il suo dolore

Proposta di revisione e adattamento di uno strumento di valutazione infermieristica

Anna Cattelan

Università degli Studi di Padova, Italia

Martina Tabarelli

Università Ca' Foscari Venezia, Italia

Abstract This paper aims at making a clinical questionnaire for pain diagnosis accessible to deaf people—that is, the *McGill Pain Questionnaire short-form*. After producing a new and updated Italian translation, we focused on translating the questionnaire into Italian Sign Language (LIS). The objective was to develop an accessible, effective and operational interactive questionnaire which can benefit both deaf patients and medical staff. The new interactive LIS questionnaire enables the former to communicate their own pain fully and autonomously, while the latter are provided with an accurate report on the nature, intensity, and progression of the patient's pain.

Keywords Deafness. Pain assessment. Translation. Italian Sign Language (LIS). McGill Pain Questionnaire.

Sommario 1 Introduzione. – 2 Rilevazione e diagnosi del dolore in persone udenti e sordi. – 2.1 Le scale e i questionari esistenti. – 2.2 Nuova proposta di traduzione italiana. – 2.2.1 *Throbbing*: un dolore «che picchia». – 2.2.2 *Shooting*: una «molla che scatta». – 2.2.3 *Sharp*: un dolore «che taglia come una lametta». – 2.2.4 *Gnawing* e *cramping*. – 2.2.5 *Aching*: «(dolore) che dà sofferenza». – 2.2.6 *Splitting*: dolore «che spezza». – 2.2.7 *Punishing*: dolore che «affligge crudelmente». – 3 La traduzione in LIS. – 4 Limiti delle traduzioni e ricerche future.

1 Introduzione

Il dolore è un'esperienza soggettiva in cui stimoli fisici ed emozionali si integrano a livello centrale. Secondo la definizione dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP), esso rappresenta una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata o simile a quella derivante da un danno tissutale reale o potenziale (Raja et al. 2020).

Ciò evidenzia la natura fortemente individuale del dolore, che può essere percepito e descritto da ciascun individuo in modo diverso. Sono dunque numerose le sfide che riguardano la valutazione e la creazione di strumenti clinici per la gestione del dolore: secondo il report di Censis-Grünenthal (Censis 2023), circa 9,8 milioni di persone soffrono di dolore da moderato a cronico. Tuttavia, il personale sanitario non sempre dispone di strumenti adatti a rilevare, monitorare e interrompere la sofferenza.

Tale inadeguatezza metodologica risulta ancora più frequente, e purtroppo più grave, quando a sperimentare il dolore sono pazienti sordi. Secondo i più recenti dati divulgati dal Censis (2019), in Italia circa 7 milioni di persone hanno problemi di udito come conseguenza dell'invecchiamento o di malattie professionali, pari al 12,1% della popolazione. Al contrario la sordità neonatale, che comporta una perdita uditiva permanente, si riscontra in uno-due neonati su mille e aumenta con l'età: sale a due-tre bambini su mille all'età dei cinque anni e a tre-quattro su mille nell'adolescenza (Ministero della Salute 2023).¹ Per tutte queste persone, la relazione con il personale sanitario rischia di non concretizzarsi mai in un'alleanza terapeutica a causa dei numerosi problemi comunicativi che rendono difficile lo scambio di informazioni. Tali difficoltà emergono anche durante il monitoraggio del dolore: la necessità di dover spesso coinvolgere la figura di un interprete o di un familiare costringono il paziente a rinunciare alla riservatezza e alla confidenzialità del processo. Inoltre, la letteratura ha ormai confermato che la maggior parte delle scale di rilevazione ad oggi in uso è assolutamente inadeguata alla popolazione sorda, che è per di più estremamente eterogenea. A ciò si aggiunga la mancanza di linee guida per infermieri e personale sanitario, che non permette di garantire un servizio efficace e uniforme sul territorio nazionale. Per tutti questi motivi, ad oggi la rilevazione del dolore nel paziente sordo risulta lacunosa e approssimativa. Ciò comporta molto spesso l'impossibilità di prendere in carico il paziente e di trattare adeguatamente il suo

¹ Ministero della Salute (2023, marzo 2). *3 marzo 2023, Giornata Mondiale dell'Udito*. https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6172.

dolore. In questo contributo si presenterà dunque il risultato di un lavoro di collaborazione tra il campo medico, traduttivo e linguistico al fine di realizzare uno strumento diagnostico interattivo e adatto alle persone sordi che agisca su due fronti: permettere al paziente sordo di ricevere una diagnosi algica corretta e permettere al personale medico di disporre di uno strumento efficace e veloce per la valutazione del dolore.

Prima di focalizzarci sugli aspetti prettamente tecnici del lavoro qui presentato, si ritengono fondamentali alcune premesse. In particolare, nel testo si troveranno riferimenti costanti alla popolazione sorda e alle persone sordi, senza mai fare riferimento a termini di ambito medico (come ipoacusia, non udente ecc.). Nonostante il campo di indagine si possa prestare all'uso di questi termini, chi scrive ha scelto di allinearsi alle istanze di una comunità che trova nella sordità uno strumento di identificazione sociale e culturale. Per molta parte della comunità sorda, infatti, la sordità viene interpretata come caratteristica fondamentale non solo di un gruppo di individui, ma anche di una cultura, di uno stile di vita e di una storia che meritano di essere considerati in tutta la loro complessità e dignità. Al contrario, termini di ambito medico che vedono nella sordità una semplice mancanza non sono stati ritenuti coerenti con le richieste della popolazione sorda e con la sensibilità di chi scrive.

Inoltre, la popolazione sorda è per sua natura altamente eterogenea. Si distinguono infatti diversi gradi di sordità, periodi di insorgenza e metodi educativi, i quali determinano inevitabilmente approcci e competenze in lingua italiana estremamente variabili. Per questioni di brevità, in questa sede non ci soffermeremo sull'analisi di queste differenze. Tuttavia, il questionario interattivo nasce con l'idea di fornire uno strumento per la comunicazione del dolore a coloro che potrebbero non avere alti gradi di competenza in lingua italiana e che potrebbero preferire l'utilizzo del segnato. Questo comporta necessariamente l'individuazione del nostro pubblico di riferimento in persone sordi native con poca esperienza e familiarità con la lingua italiana scritta, le quali potrebbero quindi esprimersi in modo più completo in una lingua segnata. Ciò non esclude il fatto che qualsiasi persona segnante possa usufruire e beneficiare delle traduzioni, a prescindere dal proprio grado di competenza nell'una o nell'altra lingua. La presenza paritaria dell'italiano e della LIS permette a ciascun paziente di poter fruire della lingua che preferisce, allo scopo di comprendere appieno le richieste che gli vengono poste.

Infine, nella redazione di questo articolo è stato scelto di focalizzarsi sulla popolazione sorda non impiantata o senza ausili acustici, poiché questo risulta anche il target maggiormente studiato nella letteratura sul tema. Futuri approfondimenti potranno sicuramente chiarire l'approccio di persone sordi impiantate alla rilevazione del dolore e l'utilità dello strumento qui presentato.

2 Rilevazione e diagnosi del dolore in persone udenti e sorde

2.1 Le scale e i questionari esistenti

Gli strumenti di valutazione del dolore sono diversi per genesi e obiettivi diagnostici. Essi si distinguono principalmente in due categorie, ovvero scale e questionari. Mentre le prime valutano principalmente l'intensità del dolore, i secondi valutano anche altre caratteristiche come la qualità del dolore provato e gli impatti sulle attività di vita quotidiana (ADL). Il primo strumento di rilevazione del dolore sotto forma di scala venne utilizzato nel 1966 durante uno studio sul dolore in pazienti oncologici (Bond, Pilowsky 1966), in cui veniva utilizzata la *Visual Analog Scale* (scala VAS). La VAS è una scala monodimensionale che misura l'intensità del dolore e continua a essere ampiamente utilizzata nella pratica clinica. Essa è costituita da una linea retta di 10 cm, con due descrittori verbali posti alle estremità: «minimo dolore» a sinistra e «massimo dolore» a destra. Il paziente viene invitato a segnare sulla linea il punto che meglio corrisponde all'intensità del dolore avvertito.

Oltre alla VAS, attualmente sono disponibili diversi strumenti per misurare l'intensità del dolore, come ad esempio: la *Numeric Rating Scale* (NRS), una scala a dieci gradini in cui lo 0 rappresenta l'assenza di dolore e il 10 indica il massimo dolore percepibile; la *Verbal Rating Scale* (VRS), che si compone di sei descrittori verbali che vanno da «nessun dolore» a «dolore insopportabile» tra cui il paziente deve scegliere; la *Faces Pain Scale* (FPS) che si distingue dalle altre per l'uso di sei facce che esprimono gradualmente diverse intensità di dolore, associate a un punteggio da 0 a 5. Questo strumento è particolarmente utile nella valutazione del dolore nei bambini o in pazienti che potrebbero avere difficoltà a esprimere verbalmente il proprio stato. Alcuni esempi di queste scale sono illustrati nella figura 1.

Come già ricordato, oltre alle scale esistono altri strumenti per la rilevazione del dolore, ovvero i questionari multidimensionali come il *Brief Pain Inventory* (Poquet, Lin 2016) e il *McGill Pain Questionnaire* (Melzack, Torgerson 1971) che sono in grado di documentare diverse caratteristiche del dolore, oltre all'intensità. Il *Brief Pain Inventory* (BPI), inizialmente sviluppato per l'ambito oncologico, si è rapidamente affermato anche per la valutazione di altre forme di dolore, in particolare per monitorarne l'evoluzione temporale. Nel BPI il paziente è chiamato a descrivere l'intensità del proprio dolore e il suo impatto sulla vita quotidiana (ad esempio sulla capacità lavorativa, sul sonno e sulla qualità della vita in generale) attribuendo un punteggio da 1 a 10 su una serie di scale numeriche. Il *McGill Pain Questionnaire*, invece, si basa su un elenco di 78 aggettivi che descrivono il dolore, suddivisi in 20 sottogruppi, disposti secondo un grado crescente di intensità.

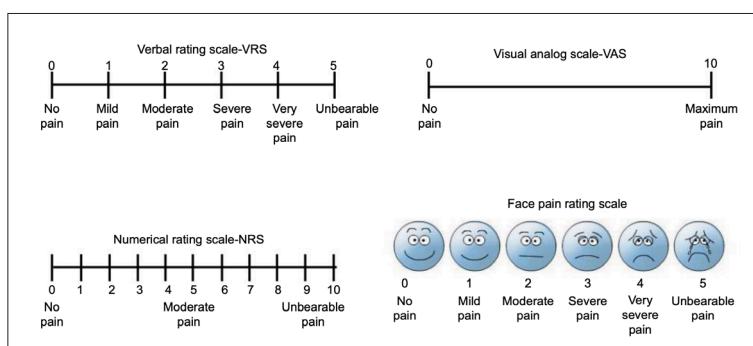


Figura 1 L'immagine esemplifica le quattro tipologie di scale di rilevazione del dolore finora menzionate, ovvero *Numerical Rating Scale*, *Verbal Rating Scale*, *Visual Analog Scale* e *Faces Scale*. Tratta da Zubrzycki et al. 2018, fig. 2

Il questionario esplora tre dimensioni del dolore: sensoriale, affettiva e cognitiva, come teorizzato originariamente da Melzack e Torgerson (1971). In questo caso, al paziente viene chiesto di selezionare un aggettivo per ciascuna delle tre dimensioni, permettendo una valutazione più articolata della sua esperienza dolorosa.

La valutazione del dolore è strettamente legata anche al suo trattamento analgesico. La strategia attualmente in uso è stata descritta per la prima volta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in un documento sul dolore in ambito oncologico (WHO 1986). Tale approccio prevede una somministrazione graduale di farmaci analgesici, suddivisi in tre step, partendo dalla valutazione del dolore effettuata attraverso l'utilizzo di una scala di rilevazione. Nelle persone udenti l'utilizzo delle scale di valutazione del dolore, anche attraverso un semplice colloquio orale, permette di ottenere informazioni utili sull'intensità del dolore percepito. Tuttavia, nella popolazione sorda questo processo risulta essere più complesso. Infatti, gli strumenti di misurazione del dolore non sono stati adeguatamente adattati alle esigenze specifiche di questi utenti. Inoltre, ad oggi non esistono linee guida sufficientemente precise da permettere al personale sanitario di condurre un appropriato esame obiettivo del dolore di questi pazienti. Tali strumenti di rilevazione, quando somministrati senza le necessarie modifiche o spiegazioni, possono generare errori clinici e frantendimenti compromettendo l'accuratezza della diagnosi, come evidenziato chiaramente nello studio di Palese et al. (2011). In tale ricerca, un paziente sordo aveva utilizzato la NRS per riferire il proprio dolore. Egli aveva associato la sua sofferenza al numero 7, ovvero un dolore medio-alto, intendendolo tuttavia come moderato. Questa interpretazione è dovuta ad una confusione con il sistema di valutazione scolastico italiano, in cui il voto 7 indica una performance discreta. Di conseguenza il paziente, che stava sperimentando una condizione di dolore relativamente

accettabile e tollerabile, ha erroneamente interpretato il numero 7 che indicherebbe invece una condizione di dolore più intensa. Ciò genera sicuramente una situazione rischiosa poiché se la rilevazione fosse stata effettuata in un contesto ospedaliero, questo faintendimento avrebbe potuto condurre a una somministrazione inappropriata di un analgesico. Inoltre, lo studio ha evidenziato criticità nell'utilizzo di altre scale come la VAS, che è stata talvolta confusa con un righello. Anche la FPS ha presentato difficoltà di interpretazione: i partecipanti che conoscevano la lingua dei segni italiana (LIS) sostenevano che le espressioni facciali rappresentate nella scala manifestassero sentimenti ed emozioni e non l'intensità del proprio dolore.

Non solo, dunque, gli strumenti per la rilevazione dell'intensità del dolore sono inaffidabili tra le persone sordi, ma mancano anche questionari adattati alla rilevazione delle caratteristiche del dolore in questa popolazione, un dato importantissimo ai fini di un corretto trattamento analgesico. Per questo motivo, alla revisione della letteratura esistente è seguito un lavoro di traduzione e adattamento del *McGill Pain Questionnaire* alla popolazione sorda.

La prima parte di ricerca è stata effettuata su alcuni database autorevoli di ambito medico (PubMed, Scopus e CINAHL²) in un intervallo di tempo che va da ottobre 2023 a febbraio 2024, alla ricerca di pubblicazioni relative alla rilevazione del dolore nella popolazione sorda nativa secondo la metodologia PICO:

- P-Popolazione: pazienti adulti nativi sordi (età maggiore di 18 anni);
- I-Intervento: strategie e strumenti infermieristici tecnici e relazionali;
- O-Obiettivo: miglioramento della rilevazione del dolore.

La ricerca è stata condotta interrogando diversi database (Pubmed, CINAHL, Scopus...), lanciando le seguenti stringhe di ricerca:

- Pubmed: (((deafness [MeSH Terms]) OR (deafness)) OR (deaf)) AND (((pain management [MeSH Terms]) OR (pain assessment [MeSH Terms])) OR (pain communication)).
- CINAHL: S1: MH deafness OR AB deafness OR AB deaf
- CINAHL: S2: MH pain assessment OR MH pain management AND MH pain measurement OR MH pain combinate tramite operatore booleano and ((TITLE-ABS (deafness) OR TITLE- ABS (deaf)) AND (TITLE-ABS (pain AND assessment) OR TITLE (pain))
- Scopus: ((TITLE-ABS (deafness) OR TITLE-ABS (deaf))) AND (TITLE-ABS (pain AND assessment) OR TITLE (pain))

Le parole chiave principali utilizzate per condurre la ricerca e combinate in vario modo attraverso il valore booleano AND sono «deaf»

² <https://www.ebsco.com/it-it/prodotti/banche-dati-per-la-ricerca/cinahl-complete#>.

o «deafness» e «pain assessment» o «pain measurement». Il termine «hard of hearing» è stato escluso dai criteri di ricerca in quanto generava risultati non pertinenti, includendo soggetti che avevano sviluppato ipoacusia in età avanzata e che non presentavano familiarità con modalità comunicative visivo-gestuali, quali la LIS. Analogamente, si è scelto di escludere la ricerca del solo termine «pain», poiché questo tipo di stringa mostrava per lo più articoli in cui l'attenzione principale era rivolta al trattamento del dolore piuttosto che alla sua rilevazione, che costituiva invece l'obiettivo specifico del presente studio. Dall'interrogazione di questi database sono stati reperiti 147 articoli successivamente sottoposti ad un processo di selezione per escludere quelli che trattavano argomenti non correlati all'ambito di ricerca (duplicati, articoli dove la perdita dell'udito era conseguente a trauma, intervento, patologie o in soggetti minorenni). La revisione della letteratura ha portato alla definizione di soli nove articoli eleggibili per il nostro studio illustrati di seguito in ordine alfabetico:

Tabella 1 Descrizione dei nove studi selezionati come punto di riferimento per la presente ricerca

Articolo	James et al. 2023	Guthrie et al. 2011	Guthrie et al. 2009	Chowdhry et al. 2016	Allen et al. 2002
Design	Studio qualitativo	Studio di validazione	Studio di validazione	Case report	Ricerca partecipativa a livello di comunità
Campione	4 pazienti nativi sordi	187 pazienti sordociechi dalla nascita	187 pazienti sordociechi dalla nascita	1 paziente sordo	Non specificato
Lingue di studio	American Sign Language (ASL)	Non specificato	American Sign Language (ASL)	Inglese	American Sign Language (ASL) e inglese
Grado di educazione	1 diplomato, 2 soggetti con laurea triennale e uno con laurea magistrale.	46,4% dei partecipanti ha frequentato una scuola specializzata	46,4% dei partecipanti ha frequentato una scuola specializzata	Basso grado di educazione	Non specificato
Risultati principali	Evidenziano come anche in un contesto di emergenza, i pazienti sordi segnanti anche rispetto a quelli ipoacusici abbiano dovuto elaborare delle strategie alternative per comunicare il loro dolore e temano un differente trattamento sanitario a seguito delle difficoltà comunicative.	Misurano l'affidabilità in termini statistici della scala di valutazione da loro proposta.	La scala misura l'intensità e la frequenza del dolore ed è sovrapponibile in efficacia alla <i>Visual Analog Scale</i> (VAS).	I medici hanno associato la presenza di dolore a biomarkers come la secrezione di calcitonina, sostanza P, neurochinina A e P per la difficoltà a comunicare con il paziente.	Evidenziano alcuni dei problemi che i sanitari incontrano nell'accertamento del dolore con la popolazione sorda. In particolare sottolineano le criticità legate all'utilizzo della <i>Visual Analog Scale</i> (VAS) e <i>Facies Pain scale</i> (FPS).

Articolo	Singh, Nasser 2021	Palese, Salvador, Cozzi 2011	Mansutti et al. 2023	Maddalena, O'Shea, Murphy 2012
Design	Case Report	Studio qualitativo descrittivo	Revisione sistematica della letteratura	Studio qualitativo
Campione	1 paziente sordo non parlante con buon intelletto	100 pazienti sordi e 10 infermieri	5 studi di varia natura: 2 studi di validazione, 1 case report e 1 studio qualitativo.	7 persone
Lingue di studio	Non specificato	American Sign Language (ASL)	Inglese e italiano	American Sign Language (ASL)
Grado di educazione	Educazione ricevuta attraverso corsi online. In grado di rispondere alle domande poste.	Soggetti con almeno 8 anni di istruzione, piena comprensione della LIS.	Non specificato	Non specificato
Risultati principali	Misurano l'intensità del dolore attraverso scala <i>Visual Analog Scale</i> (VAS), che è stata preventivamente spiegata al paziente, ma sottolineano come sia importante l'uso di strumenti come l' <i>Iowa Pain Thermometer</i> (IPT) per scongiurare problemi di comunicazione.	Individuano gli errori più comuni nella somministrazione delle principali scale di valutazione per il dolore attualmente in uso nella pratica clinica.	Analizzano l'applicabilità delle principali scale attualmente in uso per il monitoraggio del dolore e individuano quelle specifiche disponibili per questa popolazione.	Sottolineano come gli aggettivi descrittivi del dolore non siano facilmente utilizzabili da questa popolazione che normalmente riferisce soltanto l'intensità e la locazione del dolore.

Il numero così esiguo di pubblicazioni fa riflettere su quanto ancora questo ambito di ricerca sia sconosciuto. Inoltre, come già detto in precedenza, l'esame di questi testi fa emergere due dati importanti: mentre da un lato la maggior parte delle scale monodimensionali per la rilevazione del dolore non sono utilizzabili nella popolazione sorda, dall'altro non esistono strumenti in grado di sopperire a questa mancanza e di raccogliere informazioni sulle caratteristiche del dolore provato dalla persona. L'unica eccezione è rappresentata dall'*Iowa Pain Thermometer* (Herr, Spratt, Garand 2007): una sorta di termometro che associa cinque descrittori del dolore a gradazione crescente verso l'alto con dei valori numerici da 0 a 10, simulando il crescere della temperatura. Al contrario delle altre scale di valutazione, esso viene strutturato in verticale e ciò si è dimostrato fondamentale nell'aiutare l'utente alla selezione corretta del grado di intensità del proprio dolore (Mansutti et al. 2023) [fig. 2].

Per quanto concerne le scale multidimensionali, è importante sottolineare che quelle presenti in letteratura non sono mai state validate nella popolazione sorda. Inoltre, la capacità delle persone sordi di comunicare in modo efficace le qualità del dolore è stata oggetto di dibattito: alcuni autori (Maddalena et al. 2012), ritengono che le persone sordi incontrino notevoli difficoltà nell'indicare il tipo

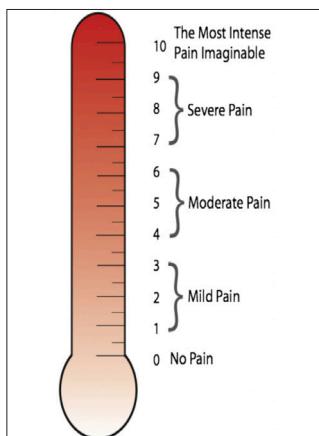


Figura 2

Iowa Pain Thermometer, scala di rilevazione del dolore che si ispira al termometro usato per misurare la febbre, tratto da Herr, Spratt, Garand 2007, fig. 1

di dolore che provano. Al contrario, Karacostas (2013)³ sostiene che la popolazione sorda segnante sia in grado di comunicare con grande precisione le caratteristiche del dolore, facendo ricorso a tecniche specifiche della lingua dei segni. Chi scrive ritiene che le persone sordi, a prescindere dal proprio grado di perdita uditiva e dal metodo che utilizzano per comunicare (sia esso oralista o segnante), siano pienamente in grado di esprimere sé stesse e le proprie sensazioni. Tuttavia, il contrasto di informazioni e di opinioni in letteratura ha portato chi scrive a riflettere sull'inadeguatezza degli strumenti diagnostici attualmente disponibili.

Per approfondire questo argomento, la seconda fase del progetto di ricerca si è concentrata sulla progettazione di un questionario multidimensionale e interattivo per la popolazione sorda ispirato al *McGill Pain Questionnaire* (1971).

2.2 Nuova proposta di traduzione italiana

Come detto, il lavoro di adattamento e di creazione di un nuovo strumento di valutazione del dolore nelle persone sordi non è potuto prescindere dalla valutazione degli strumenti ad oggi esistenti e utilizzati nell'ambito medico. Il *McGill Pain Questionnaire* (1971) (utilizzato nella sua versione *short-form*), si è dimostrato fin da subito lo strumento più adatto per la creazione di questo nuovo prodotto.

³ Karacostas, A. (2013). «Dire et évaluer la douleur en langue des signes». *Journée du CLUD*, 11 avril. <https://alexiskaracostas.fr/?p=1203>.

Per questo motivo, le fasi preliminari del lavoro si sono focalizzate sullo studio del questionario sia nella lingua inglese di origine, sia nelle sue traduzioni italiane ad oggi disponibili. In particolare, Katz e Melzack (2011) segnalano la presenza di tre traduzioni italiane: Maiani e Sanavio (1985), De Benedittis et al. (1988) e Ferracuti et al. (1990). Nonostante sia il più recente, l'articolo di Ferracuti et al. (1990) non risulta reperibile nemmeno all'autore stesso e non è stato dunque oggetto di analisi. Al contrario la traduzione di Maiani e Sanavio (1985), nonostante sia cronologicamente più arretrata, risulta essere la più completa ed esaustiva. A questa è stata abbinata la traduzione di De Benedittis et al. (1988) che traduce soltanto sei descrittori, su un totale di quindici. Tuttavia, date le numerose ambiguità e vaghezze presenti nel testo di Maiani e Sanavio (1985) e date le discrepanze emerse dal confronto con De Benedittis et al. (1988), si è ritenuto opportuno affrontare un nuovo progetto di traduzione italiana, per costruire una base solida e attuale su cui elaborare il questionario in LIS.

Prima di tutto, il nuovo lavoro di traduzione si è svolto partendo dal confronto sistematico di ogni termine inglese presente nel *McGill Pain Questionnaire short-form* (1971) con le traduzioni Maiani e Sanavio (1985) e De Benedittis et al. (1988), allo scopo di aggiornare la traduzione sostituendo i termini più complessi, ambigui o caduti in disuso. Per questioni di brevità, rispetto ai quindici aggettivi presenti nel questionario originale, verranno qui discusse le modifiche e le nuove proposte traduttive di otto termini, ovvero di tutti quei descrittori che hanno richiesto una ricerca approfondita e la cui nuova traduzione si allontana dall'originale. Al contrario, in tabella 1, sono illustrati brevemente i sette descrittori per cui le ricerche e gli approfondimenti hanno condotto chi scrive ad allinearsi alle traduzioni esistenti o tutt'al più a operare una semplice riformulazione.

Tabella 2 Sintesi dei descrittori che, dopo approfondita ricerca, sono stati mantenuti identici o leggermente riformulati rispetto alle traduzioni iniziali

McGill Pain Questionnaire	Traduzioni esistenti	Nuova proposta traduttiva
<i>stabbing</i>	«come una pugnalata» (Maiani e Sanavio) «come un pugnale» (De Benedittis et al.)	«(dolore) a pugnalata»
<i>burning</i>	«che scotta» (Maiani e Sanavio) «bruciante» (De Benedittis et al.)	«bruciore»
<i>heavy</i>	«gravoso» (Maiani e Sanavio) «come un peso» (De Benedittis et al.)	«gravoso»
<i>tender</i>	«sensibile al tocco» (Maiani e Sanavio) «sensibile al tatto» (De Benedittis et al.)	«sensibile al tocco»
<i>tiring</i>	«stancante» (Maiani e Sanavio)	«che dà stanchezza»
<i>sickening</i>	«nauseante» (Maiani e Sanavio)	«che dà nausea»
<i>fearful</i>	«allarmante» (Maiani e Sanavio)	«preoccupante»

Dopo un accurato lavoro di approfondimento e di ricerca su ciascun termine attraverso portali di ambito medico (ad es. IMIA;⁴ EMA; MSD Manual Professional Edition;⁵ Luzzi 1999) e altri strumenti di natura generica come dizionari bilingui e monolingui, encyclopedie italiane e inglese, blog e siti di settore, per i restanti nove descrittori è stata elaborata la nuova proposta di traduzione italiana illustrata di seguito.

2.2.1 *Throbbing*: un dolore «che picchia»

Data l'ambiguità della traduzione Maiani e Sanavio (1985) (dolore «che picchia»), le ricerche iniziali si sono concentrate su altre fonti. Innanzitutto, alcuni dizionari monolingui sottolineano come la radice *throb* si riferisca alla pulsazione cardiaca.⁶ Nel campo semantico del dolore, viene indicato come «a pain felt in a series of regular beats».⁷ La stessa sfumatura appare anche dal glossario IMIA, in cui questo aggettivo viene tradotto con 'pulsante'. Perciò, si ritiene che *throbbing* indichi un dolore che aumenta e diminuisce ritmicamente seguendo il battito cardiaco, ovvero 'pulsante'.

2.2.2 *Shooting*: una «molla che scatta»

Dolore non facilmente identificabile, *shooting* viene tradotto dal glossario IMIA come 'fulgorante' e 'disparante' (dallo spagnolo), ovvero con due parole collegate al concetto dello sparo e del colpo da proiettile. Lo stesso campo semantico viene chiamato in causa nella traduzione italiana, come verificato dalla consultazione del Dizionario Garzanti.⁸ Da qui, si è ipotizzato che il dolore sotteso a questo aggettivo potesse essere quello di dolore improvviso e penetrante, ovvero una 'fitta'.

4 IMIA (International Medical Interpreters Association), *Pain Description Glossaries*. <https://www.imiaweb.org/basic/glossaries.asp>.

5 Manuali MSD, Edizione professionisti. <https://www.msdmanuals.com/it/professionale>.

6 Collins Dictionary, s.v. «throb». <https://www.collinsdictionary.com/us/dictionary/english/throb>.

7 Cambridge Dictionary, s.v. «throbbing». <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english-italian/throb?q=throbbing>.

8 Garzanti Linguistica, s.v. «shooting». <https://www.garzantilinguistica.it/ricerca/?q=shooting>.

2.2.3 *Sharp*: un dolore «che taglia come una lametta»

Innanzitutto, De Benedittis et al. (1988) si discosta dalla traduzione di Maiani e Sanavio (1985) proponendo la forma di dolore ‘acuto’. La stessa accezione compare nel glossario IMIA che propone le forme ‘acuto’, ‘forte’ o ‘intenso’. Tuttavia, come confermato da dizionari monolingui e bilingui, *sharp* assume anche l’accezione di ‘pungente’.⁹ Secondo chi scrive, la menzione di un dolore ‘acuto’ risulta troppo generica e poco esaustiva. Perciò si ritiene che ‘pungente’ possa esprimere più chiaramente un dolore percepito come una serie di aghi conficcati nella parte dolorante.

2.2.4 *Gnawing* e *cramping*

Mentre Maiani e Sanavio (1985) propongono le rispettive traduzioni di «come un crampo» e «(dolore) che rode/logora», De Benedittis et al. (1988) sceglie di tradurre solo il primo, a cui però associa il significato di «rodere». Tuttavia, i due termini sono ambigui. *Cramping* viene tradotto nel glossario IMIA e nei Manuali MSD come «dolore che ricorda il crampo», «contrazione dolorosa di un muscolo» o «colica (mestruale)». Perciò si ritiene che questo aggettivo sia esattamente sovrapponibile all’italiano «come un crampo».

D’altra parte, l’aggettivo *gnawing* ha una definizione più complessa. Tra le opzioni presenti in letteratura, si menzionano le seguenti: «come un crampo» (Maiani e Sanavio 1985; fin da subito esclusa, data la sovrapposizione con *cramping*); dolore che «rode» (De Benedittis et al. 1988); «(dolore) tormentoso»;¹⁰ «(dolore) che attanaglia»;¹¹ «persistente», «lacerante», «rosicchiante» e «corrosivo».¹² Data la mancanza di uniformità tra le fonti, l’evidenza decisiva accolta anche in questa sede è data dai Manuali MSD, in cui *gnawing* è espressamente reso come «dolore sordo» indicando un dolore di bassa intensità, caratterizzato soprattutto dalla durata costante.

⁹ Cambridge Dictionary, s.v. «sharp». <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/sharp>; Garzanti Linguistica, s.v. «sharp». <https://www.garzantilinguistica.it/ricerca/?q=sharp>.

¹⁰ Cambridge Dictionary, s.v. «gnaw». <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/gnaw>.

¹¹ Collins Dictionary, s.v. «gnaw». <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/gnaw>.

¹² IMIA, *Pain Description Glossaries*. <https://www.imiaweb.org/basic/glossaries.asp>.

2.2.5 *Aching*: «(dolore) che dà sofferenza»

La revisione di *aching* pare necessaria dal momento che la traduzione Maiani e Sanavio (1985), non solo non reca informazioni sul dolore sperimentato dal paziente, ma pare anche ridondante nel momento in cui sottolinea una cosa ovvia, ossia: il dolore porta sofferenza. Nella lingua inglese il termine *ache* viene usato in autonomia o come suffisso per indicare dolore in qualche parte del corpo (ad es. *headache* 'mal di testa'; *stomach ache* 'mal di pancia'; ecc.). Come sottolineato nel blog *Thinking in English*:

An *ache* is a continuous pain that is unpleasant but not too strong or intense. *Aches* are the sort of pain associated with getting older, or the feeling the day after you exercise.¹³

Sulla base di questa definizione, l'accezione corretta di *aching* sembra essere quella di un dolore connesso all'età, all'invecchiamento o a un affaticamento muscolare. Perciò, si è ritenuto di proporre la nuova traduzione di '(dolore) da indolenzimento'.

2.2.6 *Splitting*: dolore «che spezza»

Nella lingua inglese, questo aggettivo è usato frequentemente per indicare il dolore alla testa (*splitting headache*). Inoltre, al di là del campo semantico del dolore, termine *splitting* indica di per sé qualcosa di 'terribile', oppure 'intenso, acuto'.¹⁴ Poiché la sua connotazione principale risulta quindi essere la descrizione dell'intensità del dolore, è stato scelto di proporre la definizione di 'dolore acuto'.

2.2.7 *Punishing*: dolore che «affligge crudelmente»

L'accezione di *punishing* proposta da Maiani e Sanavio (1985) sembra riferirsi in questo caso all'intensità con cui il dolore si abbatte sulla persona. Tuttavia, svolgendo ricerche più approfondite, è stato possibile verificare come *punishing* faccia spesso riferimento non all'intensità del dolore, ma piuttosto al suo effetto sul paziente. Ciò si evince dal fatto che questo aggettivo viene tradotto generalmente

¹³ How to Describe Pain in English. Essential Vocabulary and Phrases, <https://thinkinginenglish.blog/2021/10/22/how-to-describe-pain-in-english-essential-vocabulary-and-phrases-english-vocabulary-lesson/>.

¹⁴ Garzanti Linguistica, s.v. «splitting». <https://www.garzantilinguistica.it/ricerca/?q=splitting>.

con ‘stancante’ o ‘sfiancante’, indicando la mancanza di forze (Collins Dictionary, Cambridge Dictionary).¹⁵ Poiché l’idea di stanchezza è espressamente veicolata da *tiring, punishing* indica invece un dolore in grado di togliere le energie a chi lo subisce, ovvero ‘sfiancante’.

3 La traduzione in LIS

Dopo aver strutturato e realizzato la nuova proposta di traduzione del questionario in italiano, questo è stato utilizzato come base per il suo adattamento in LIS. L’obiettivo è dunque incentrato sulla realizzazione di un questionario da utilizzare come strumento diagnostico per l’infermiere e per il paziente, in modo tale da fornire un mezzo comunicativo veloce e chiaro. Dovendo costruire un questionario diagnostico, si sono fissati alcuni obiettivi iniziali: innanzitutto, il questionario deve essere adattato alla persona sorda in modo tale da renderlo comprensibile, non ambiguo ed estremamente chiaro; in secondo luogo, deve cercare di eliminare quante più difficoltà comunicative possibili, riducendo la necessità del paziente di comunicare il proprio stato di salute per interposta persona; in terzo luogo l’operatore sanitario, sia esso medico o infermieristico, deve poter disporre di un resoconto puntuale sulla salute del paziente con un mezzo che possa essere utilizzato anche più volte al giorno. Il questionario da selezionare doveva rispondere ad alcuni obiettivi: innanzitutto, era necessario individuare un questionario multidimensionale caratterizzato da un numero limitato di scale numeriche oppure con delle scale facilmente sostituibili. In secondo luogo, doveva contenere dei termini che fossero chiari e il più possibile iconici. Infine, doveva essere rapido, di facile utilizzo e adattamento. Per conseguire questi obiettivi, il *McGill Pain Questionnaire* (1971) si è dimostrato il mezzo migliore. Esso, infatti, presenta una sola scala VAS, abbinata ad una serie di descrittori facilmente traducibili in LIS e associabili a delle immagini chiarificatrici. Inoltre, la vasta gamma di aggettivi presenti (seppur ridotta nella *short-form*) permette di indagare diverse sfaccettature del dolore, rendendo il questionario molto esaustivo.

Tuttavia, la semplice traduzione del *McGill Pain Questionnaire* in LIS sembrava non essere sufficiente. Infatti, la sola traduzione del testo e la trasposizione in video non sarebbe stata in nessun modo utile agli operatori sanitari, che ancora una volta non avrebbero disposto di mezzi linguistici efficaci per comprendere lo stato del

¹⁵ Collins Dictionary, s.v. «punishing». <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/punishing>; Cambridge Dictionary, s.v. «punishing». <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/punishing>.

paziente. Per questo motivo, si è deciso di costruire un questionario interattivo attraverso l'uso di piattaforme online che permettessero di affiancare il testo a delle video-traduzioni in LIS e di fornire dei vantaggi pratici ai pazienti e agli operatori. La scelta è ricaduta sulla piattaforma Google Moduli in cui le domande di diagnosi e le opzioni di risposta sono state tradotte in LIS e proposte attraverso dei video, ciascuno di essi sottotitolato e affiancato anche dalla trascrizione italiana. La scelta di questa piattaforma online è stata motivata anche dalla sua larga diffusione. Nell'idea di chi scrive, il prototipo del questionario interattivo qui presentato potrebbe essere diffuso nei reparti ospedalieri attraverso la sua installazione su dei dispositivi elettronici (come tablet o smartphone). Ciò permetterebbe al personale sanitario di somministrare il questionario in modo facile, raccogliendo brevemente e istantaneamente le informazioni di cui ha bisogno.

Dapprima il questionario è stato diviso in sezioni e strutturato tematicamente, analizzando innanzitutto i caratteri salienti di ogni aggettivo nella versione inglese. I descrittori presenti nell'originale sono stati esaminati e divisi in categorie sulla base delle informazioni veicolate, ovvero:

- intensità (dolore più o meno forte);
- durata (dolore continuo o intermittente);
- natura (es. un dolore bruciante o pungente);
- effetto prodotto dal dolore sul paziente (es. un dolore che dà stanchezza o nausea).

Tali categorie coincidono con l'ossatura primaria del questionario in LIS, che è stato organizzato in sezioni tematiche allo scopo di concentrare di volta in volta l'attenzione del paziente su delle richieste precise ed evitare qualsiasi ambiguità. Il nucleo iniziale è stato poi implementato con l'aggiunta di altre due categorie non presenti nel questionario inglese di origine, relative alla localizzazione del dolore (interno o esterno) e alla zona interessata (testa, spalle, braccia, petto, addome, gambe, genitali o piedi).

Per ricavare informazioni su ognuno dei parametri accennati sopra (intensità, durata, natura, effetti, localizzazione e zona del dolore), il questionario è stato organizzato sotto forma di domande dirette, come esemplificato di seguito:

- «Quanto è intenso il tuo dolore?»
- «A cosa somiglia il tuo dolore?»
- «Cosa ti provoca il dolore?»
- «Quanto dura il tuo dolore?»
- «Dove è collocato il tuo dolore?».

Tali interrogativi vengono proposti sotto forma di domande a risposta multipla, per cui è possibile rispondere selezionando una o più opzioni

nell'elenco fornito subito dopo. Le opzioni di risposta coincidono con la traduzione dei descrittori inglesi presenti nel questionario di origine. Ciascuna di esse è stata abbinata ad un'immagine, in modo tale da esemplificare il concetto aumentando l'accessibilità e la comprensibilità del test. Trattandosi di un questionario in LIS, la traduzione è stata necessariamente realizzata sotto forma di video, in cui vengono illustrate la domanda di partenza e le sue varie opzioni di risposta, ad esempio:

- «Quanto dura il tuo dolore?»
- È un dolore continuo
 - È un dolore che va e viene.

Infine, per facilitare la raccolta di informazioni il questionario è stato implementato con altre sezioni: una iniziale relativa ai dati anagrafici del paziente, necessari per abbinare i dati raccolti al soggetto corretto, e una finale in cui l'utente può aggiungere dei commenti sul suo stato di salute e suggerire un miglioramento al questionario. Il sondaggio si conclude con un ringraziamento, esortando il paziente a restituire lo strumento elettronico al personale medico.

A una strutturazione teorica del questionario, ipotizzando l'aggiunta e la modifica di sezioni a seconda delle necessità del prodotto finale, si è poi giunti alla fase di traduzione in LIS realizzata da una delle autrici, laureanda magistrale in interpretazione LIS, seguendo l'approccio già applicato da Maiani e Sanavio (1985) che mira alla traduzione dei descrittori inglesi nella lingua di arrivo in modo fedele e preciso, mantenendo una grande somiglianza strutturale con il testo inglese di partenza. Il fulcro del lavoro si è articolato attorno alla traduzione dei descrittori stessi, che risultano essere l'elemento primario del questionario, per poi includere ogni sezione, compreso il benvenuto e il ringraziamento finale, dove si chiede al paziente di restituire lo strumento elettronico al personale medico o infermieristico. Dunque le due lingue (italiano scritto e LIS) sono state utilizzate in modo paritario.

Le traduzioni sono state sottoposte al controllo di un sordo segnante nativo, che ha contribuito a fornire le sue opinioni e correzioni. Una volta concluso il lavoro di traduzione e di editing, il prototipo del questionario definitivo è stato nuovamente sottoposto al controllo del referente sordo segnante per ottenere un giudizio sull'effettiva l'utilità e praticità dello strumento.

La versione finale del prototipo qui illustrato può essere consultata nell'q.

4 **Limiti delle traduzioni e ricerche future**

Il presente lavoro di traduzione del *McGill Pain Questionnaire* è stato condotto allo scopo di attualizzare la versione italiana ad oggi in vigore e di proporre un adattamento in LIS, finalizzato all'utilizzo pratico in ambiente medico e ospedaliero. Le traduzioni italiana e LIS qui proposte sono frutto del lavoro di ricerca e studio di chi scrive, nel tentativo di selezionare le migliori forme espressive possibili. Tuttavia, possono essere messi in evidenza alcuni limiti. Ad esempio, nonostante gli appelli e le sollecitazioni rivolti all'autore stesso, non è stato possibile reperire la traduzione del questionario realizzata da Ferracuti et al. (1990). Perciò, il lavoro potrebbe essere in futuro ampliato e perfezionato con un confronto ancor più specifico tra le scelte qui elencate e quelle svolte dall'autore nella realizzazione della sua versione italiana. In secondo luogo, il lavoro di ricerca e traduzione è stato condotto in un periodo di tempo limitato. Ciò ha necessariamente impedito di poter somministrare il questionario interattivo ad una popolazione consistente di persone sordi e segnanti, per ottenere il loro parere e verificare la capacità diagnostica dello strumento. Quest'ultimo punto resta quindi aperto per uno sviluppo futuro.

Un ulteriore limite riguarda lo strumento utilizzato, ovvero la piattaforma Google Moduli. Sebbene essa rappresenti una risorsa accessibile e facilmente utilizzabile, ha posto delle limitazioni al nostro lavoro. Nel caso dei quesiti relativi alla descrizione del dolore, ad esempio, si sarebbe preferito affiancare ad ogni descrittore del dolore il segno corrispondente. Poiché ciò non è stato reso possibile dalle impostazioni di base della piattaforma stessa, si è deciso di includere i descrittori nello stesso video in cui si pone la domanda, utilizzando le immagini per focalizzare meglio l'attenzione e favorire la memoria del paziente. L'eventuale creazione di un questionario ufficiale su piattaforme specializzate permetterebbe di personalizzare maggiormente lo strumento, adattando l'interfaccia grafica alle necessità della popolazione.

La traduzione è stata realizzata nel modo più preciso e accurato possibile da chi scrive. Tuttavia, avendo origini e formazione venete, non si escludono eventuali difficoltà di comprensione da parte di persone sordi e segnanti provenienti da zone d'Italia diverse. Perciò, ulteriori espansioni della ricerca potrebbero essere rivolte a revisionare e adattare il questionario a varianti linguistiche presenti in altre regioni.

Appendice Prototipo del questionario LIS

Questionario sulla rilevazione del dolore

Accedi a Google per salvare i risultati raggiunti. Scopri di più

* Indica una domanda obbligatoria

Benvenuto

Come ti chiami? NOME e COGNOME

Come ti chiami? NOME e COGNOME *

La tua risposta

Quando sei nato?

Quando sei nato? *

Data

gg/mm/aaaa

Quanto è intenso il tuo dolore?

Quanto è intenso il tuo dolore? *

Used with permission Keita Hen, PhD, RN, ASQF, FAAN, College of Nursing, the University of Iowa City, IA, USA.

10
 9
 8
 7
 6
 5
 4
 3
 2
 1
 0

Sezione relativa alle caratteristiche del dolore

A cosa somiglia il tuo dolore?

M 4. Somiglia



A cosa assomiglia il tuo dolore?*

è come una pugnalata 

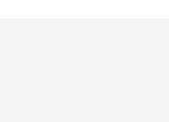
è come un indolenzimento 

è pulsante 

è come una fitta 

è pungente 

è come un crampo 

è un dolore sordo 

è caldo o bruciante 

Sezione relativa alle caratteristiche del dolore

- effetti psicologici e fisici del dolore -

Cosa ti provoca il dolore?

M 5 Cosa provoca



Cosa ti provoca il dolore?

Mi dà stanchezza 

Mi provoca nausea 

Mi sfianca 

Mi appesantisce 

Durata e localizzazione del dolore

Quanto dura il tuo dolore?



6 Durata

Continuo

Discontinuo

Quanto dura il tuo dolore? *



Continuo

Discontinuo

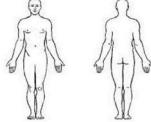
Dove è collocato il tuo dolore?



7 Collocazione interna ...

Scegli

Dove è collocato il tuo dolore? *



Addome/ Schiena

Gambe

Genitali

Piedi

Localizzazione del dolore

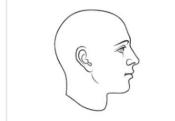
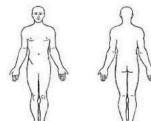
Selezione area soggetta a dolore

Dove è collocato di preciso il tuo dolore?



8 Collocazione precisa

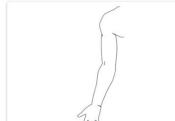
Mentre mi muovo



Testa



Spalle



Braccia



Petto



Addome/ Schiena



Gambe



Genitali



Piedi

Informazioni aggiuntive

Hai altre informazioni importanti da aggiungere?



Hai altre informazioni importanti da aggiungere?

La tua risposta

Hai suggerimenti per migliorare il questionario?



Hai suggerimenti per migliorare il questionario?

La tua risposta

Bibliografia

- Allen, B.; Meyers, N.; Sullivan, J.; Sullivan, M. (2002). «American Sign Language and End-of-Life Care: Research in the Deaf Community». *HEC Forum*, 14, 197-208. <https://doi.org/10.1023/A:1020508511133>.
- Bond, M.; Pilowsky, I. (1966). «Subjective Assessment of Pain and its Relationship to the Administration of Analgesics in Patients with Advanced Cancer». *Journal of Psychosomatic Research*, 10(2), 203-8. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(66\)90064-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(66)90064-x).
- Censis(2019). «I problemi di udito in Italia: ampiezza e complessità del fenomeno». *Sentirsi bene*. <https://www.censis.it/welfare-e-salute/sentirsi-bene-1>.
- Censis (2023). *1° Rapporto Censis-Grünenthal. Vivere senza dolore. Il significato sociale del dolore e le aspettative di soluzioni efficaci. Sintesi dei principali risultati*. Roma: Fondazione Censis.
- Chowdhry, V.; Padhi, M.; Mohanty, B.; Biswal, S. (2016). «Perioperative Challenges in Management of a Deaf and Dumb Patient Posted for High-Risk Cardiac Surgery». *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 19(3), 564-7. <https://doi.org/10.4103/0971-9784.185567>.
- Dalby, D.; Hirdes, J.; Stolee, P.; Strong, G.; Poss, J.; Tjam, E.; Bowman, L.; Ashworth, M. (2009). «Development and Psychometric Properties of a Standardized Assessment for Adults who are Deaf-Blind». *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103(1), 7-16. <https://doi.org/10.1177/0145482x0910300103>.
- De Benedittis, G.; Massel, R.; Nobili, R.; Pieri, A. (1988). «The Italian Pain Questionnaire». *Pain*, 33(1), 53-62.
- EMA, European Medical Agency (2022). *EMA's Medical Terms Simplifier. Plain-Language Description of Medical Terms Related to Medicines Use*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/ema-medical-terms-simplifier_en.pdf
- Ferracuti, S.; Romeo, G.; Leardi, M.G.; Crucu, G.; Lazzari, R. (1990). «New Italian Adaptation and Standardization of the McGill Pain Questionnaire». *Pain*, 41. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(90\)92716-4](https://doi.org/10.1016/0304-3959(90)92716-4).
- Ficocelli, S. (2016). «Con la lingua dei segni, io sono uguale': a Roma la Giornata Mondiale del Sordo». *la Repubblica*, 5 settembre.
- Guthrie, D.; Pitman, R.; Stolee, P.; Strong, G.; Poss, J.; Tjam, E.; Bowman, L.; Ashworth, M.; Hirdes, J. (2011). «Reliability of Standardized Assessment for Adults who are Deafblind». *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 48(5), 545-53. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2010.09.0175>.
- Herr, K.; Spratt, K.; Garand, L. (2007). «Evaluation of the Iowa Pain Thermometer and Other Selected Pain Intensity Scales in Younger and Older Adult Cohorts Using Controlled Clinical Pain: A Preliminary Study». *Pain Medicine*, 8(7), 585-600. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00316.x>.
- James, T.; Sullivan, M.; McKee, M.; Rotoli, J.; Maruca, D.; Stachowiak, R.; Cheong, J.; Varnes, J. (2023). «Emergency Department Patient-Centred Care Perspectives from Deaf and Hard-of-Hearing Patients». *Health Expectations*, 26(6), 2374-86. <https://doi.org/10.1111/hex.13842>.
- Katz, J.; Melzack, R. (2011). «The McGill Pain Questionnaire: Development, Psychometric Properties, and Usefulness of the Long Form, Short Form, and Short Form-2». Turk, D.; Melzack, R., *Handbook of Pain Assessment*. 3rd ed. New York: The Guilford Press, 45-66.
- Luzzi, L.; Degan, M.; Woinowski, G.; La Torre, E.; Goopy, S.; Sansoni, J.; Giustini, M. (1999). *Classificazione Internazionale per la pratica infermieristica*. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/ema-medical-terms-simplifier_en.pdf](https://www.https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/ema-medical-terms-simplifier_en.pdf)

- icnp.center/italy/wp-content/uploads/2015/02/ICNP_Beta2Full_for_CNAI-2.pdf.
- Maddalena, V.; O'shea, F.; Murphy, M. (2012). «Palliative and End-Of-Life Care in Newfoundland's Deaf Community». *Journal of Palliative Care*, 28(2), 105-12. <https://doi.org/10.1177/082585971202800207>.
- Maiani, G.; Sanavio, E. (1985). «Semantics of Pain in Italy: The Italian Version of the McGill Pain Questionnaire». *Pain*, 22(4), 399-405.
- Mansutti, I.; Achil, I.; Gastaldo, C.R.; Tomé-Pires, C.; Palese, A. (2022). «Individuals with Hearing Impairment/Deafness during the COVID-19 Pandemic: A Rapid Review on Communication Challenges and Strategies». *Journal of Clinical Nursing*, 32(15-16), 4454-72. <https://doi.org/10.1111/jocn.16572>.
- Mansutti, I.; Tomé-Pires, C.; Chiappinotto, S.; Palese, A. (2023). «Facilitating Pain Assessment and Communication in People with Deafness: A Systematic Review». *BMC Public Health*, 23(1), <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16535-5>.
- Melzack, R.; Torgerson, W. (1971). «On the Language of Pain». *Anesthesiology*, 34(1), 50-9.
- Palese, A.; Salvador, L.; Cozzi, D. (2011). «One-Dimensional Scales for Pain Evaluation Adopted in Italian Nursing Practice: Giving Preference to Deaf Patients». *Journal of Nursing Measurement*, 19(2), 91-104. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.19.2.91>.
- Poquet, N.; Lin, C. (2016). «The Brief Pain Inventory (BPI)». *Journal of Physiotherapy*, 62(1), 52. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.07.001>.
- Raja, S.; Carr, D.; Cohen, M.; Finnerup, N.; Flor, H.; Gibson, S.; Keefe, F.; Mogil, J.; Ringkamp, M.; Sluka, K.; Song, X.; Stevens, B.; Sullivan, M.; Tutelman, P.; Ushida, T.; Vader, K. (2020). «The Revised International Association for the Study of Pain Definition of Pain: Concepts, Challenges, and Compromises». *Pain*, 161(9), 1976-82. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.
- Singh, V.; Nasser, A. (2021). «Challenges During Anaesthetic Management of a 38-year-old Deaf and Mute Patient under General Anaesthesia». *Medical Journal Armed Forces India*, 77(1), 105-7. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2019.08.002>.
- Wang, L.; Xiao, Y.; Urman, R.; Lin, Y. (2020). «Cold Pressor Pain Assessment Based on EEG Power Spectrum». *SN Applied Sciences*, 2(12). <https://doi.org/10.1007/s42452-020-03822-8>.
- WHO (World Health Organization) (1986). *Cancer Pain Relief*. Ginevra: World Health Organization.
- WHO (2023). *Left Behind in Pain: Extent and Causes of Global Variations in Access to Morphine for Medical Use and Actions to Improve Safe Access*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075269>.
- Zubrzycki, M.; Liebold, A.; Skrabal, C.; Reinelt, H.; Ziegler, M.; Perdas, E.; Zubrzycka, M. (2018). «Assessment and Pathophysiology of Pain in Cardiac Surgery». *Journal of Pain Research*, 11, 1599-611. <https://doi.org/10.2147/jpr.s162067>.

