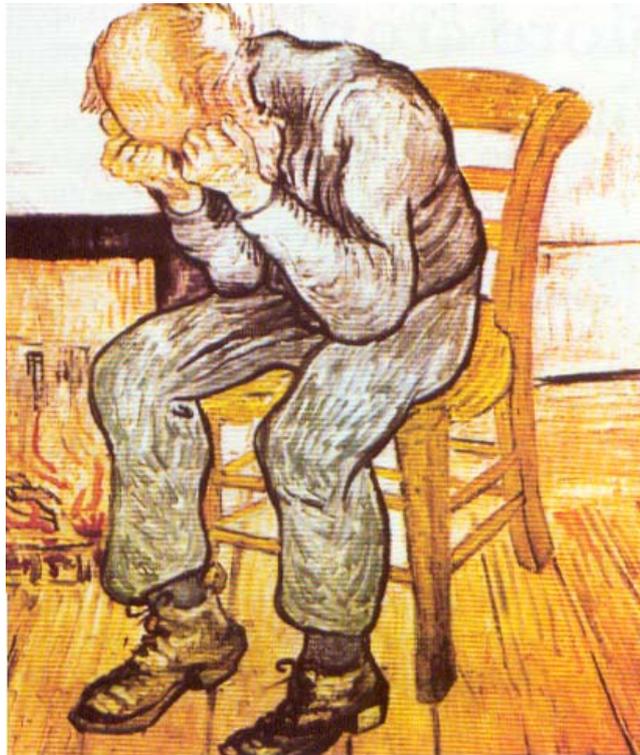


IL CONTRIBUTO INFERMIERISTICO NELLA VALUTAZIONE E NELLA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO NELL'ANZIANO E NELLA PERSONA CON TUMORE



**Gruppo di lavoro
Coordinatori:**

Stefano Mastrangelo e Cristina Pedroni

Componenti:

**Francesca Bonacini, Stefania Gatti, Maria Teresa Liperoti, Giovanni Masuzzo
Angela Morotti, Lisa Mussini, Simona Spagni, Enrica Tamagnini**

Reggio Emilia, gennaio 2006

INDICE

Premessa.....	pag 3
Dati epidemiologici.....	pag 5
Definizione e fisiopatologia del dolore.....	pag 12
Approccio globale al trattamento del dolore cronico e da cancro.....	pag 16
Il dolore e l'invecchiamento.....	pag 23
Le cure palliative: un approccio possibile.....	pag 26
La relazione d'aiuto come condizione favorente per una migliore valutazione del dolore.....	pag 32
Etica e dolore.....	pag 36
Terapie complementari.....	pag 38
I costi del dolore.....	pag 44
EBN: metodologia e raccomandazioni.....	pag 47
Strumenti di valutazione del dolore.....	pag 50
Linee guida e migliori raccomandazioni.....	pag 61
Bibliografia.....	pag 73

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

PREMESSA

Nello svolgimento della sua attività professionale l'infermiere si confronta continuamente con il dolore dei pazienti.

Un approccio cosciente e consapevole dell'intensità e della natura del dolore può permettere di comprendere e tradurre lo stato di grave disagio in cui si trova il paziente e, di conseguenza, di applicare alcuni rimedi (farmacologici e non).

L'ipotesi che guida il progetto, all'interno del quale si contestualizza questo elaborato, considera il **prendersi cura della persona** il presupposto fondamentale per un efficace processo di cura.

Prendersi cura della persona significa considerare la malattia non solo dal punto di vista biologico ma anche fenomenologico, quindi come esperienza che può essere vissuta ed interpretata dal singolo in modo diversificato.

Per questo ci è sembrato importante sottolineare non solo gli aspetti clinici dell'"esperienza dolore", ma anche riconoscere le implicazioni etiche e relazionali che questo comporta.

In particolare, **la relazione d'aiuto**, rappresenta uno strumento terapeutico importantissimo per la comprensione del paziente ma anche per l'educazione terapeutica dello stesso paziente e della sua famiglia, finalizzata al potenziamento dell'empowerment.

Avendo come presupposto che la sofferenza **non è inevitabile**, abbiamo cercato di approfondire come questa possa essere maggiormente tollerabile in termini di qualità di vita anche quando non è più completamente risolvibile.

Combattere il dolore rappresenta un dovere etico e rappresenta una **buona pratica clinica**.

Richiede competenza specifica, sia nel riconoscimento del problema che non dovrebbe essere pregiudiziale, che nella gestione del sintomo che è prevalentemente ma non esclusivamente farmacologica.

L'integrazione dei diversi professionisti è, a nostro giudizio, fondamentale nel cercare di garantire una risposta efficace al problema dolore.

Di conseguenza, l'attenzione alla persona nella sua globalità, il rispetto della sua dignità e della sua libertà di scelta, la capacità di ascolto e di valutazione rappresentano l'impegno di ciascun professionista nel lavoro quotidiano.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

La dimensione del dolore cronico nel paziente anziano è spesso sottovalutata.

Si tende, infatti, a considerarlo un componente inevitabile del deterioramento fisico e dell'invecchiamento della persona, che deve imparare a convivere con il dolore, con limitazioni funzionali, sofferenza, depressione.

I recenti dati, relativi ad oltre 8000 pazienti ricoverati presso ospedali della regione Emilia Romagna, diffusi in occasione della "giornata del sollievo 2005", evidenziano come la percentuale più alta di pazienti sofferenti sono ultrasessantacinquenni provenienti dai reparti di medicina, geriatria e lungodegenza.

L'impressione è che il tema del dolore cronico nell'anziano sia prima di tutto un problema di tipo culturale.

Il gruppo di lavoro, attraverso il presente elaborato e l'allegato progetto formativo, si è posto come obiettivi:

- di contribuire a sviluppare, nel personale infermieristico e socioassistenziale, maggiori competenze specifiche sul tema del dolore cronico dei pazienti anziani e con tumore;
- di contribuire ad aumentare il livello di sensibilità generalizzato degli operatori verso questo argomento;
- di fornire strumenti di valutazione ed indicazioni di trattamento (scientificamente validati) per migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti con dolore cronico.

Un sentito ringraziamento va rivolto alla collega Morena Baruffaldi, del Servizio Infermieristico Domiciliare (S.I.D.) di Guastalla, che ha collaborato nella traduzione dei documenti in lingua inglese.

DATI EPIDEMIOLOGICI

Elaborato

"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

L'invecchiamento della popolazione

Già nel 1995 l'Italia era il paese, dal punto di vista demografico, più vecchio del mondo avendo raggiunto una percentuale di anziani con oltre 65 anni pari al 17,3% sul totale della

popolazione, contro il 14,5% di giovani sotto i 15 anni.

Se si osserva l'andamento nel tempo del profilo della sua popolazione, si osserva un progressivo ribaltamento della piramide demografica con una forte accentuazione delle classi di età più elevate.

L'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione fino a 14 anni di età, per 100, è più che triplicato, passando dal 38,9% nel 1961 al 127,1% nel 2001 e le previsioni a breve lo attestano al 146,5%.

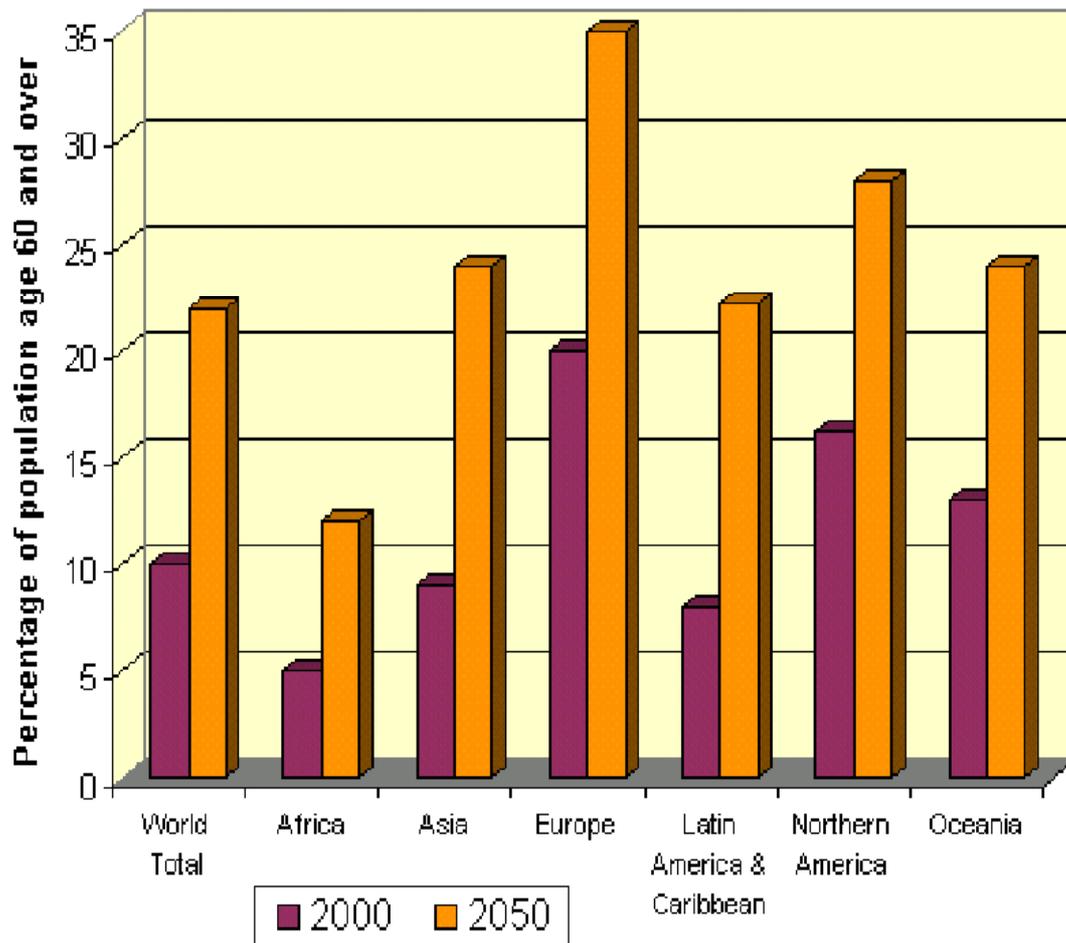
Tab. 1 - Indicatori strutturali della popolazione al 1.1.2004, Maschi e Femmine

	Struttura per grandi classi d'età			Indicatori di struttura		
	%0-19	%20-64	%65+	Vecchiaia	Dipendenza	Età media
ITALIA E RIPARTIZIONI						
ITALIA	19.14	61.64	19.22	135.9	50.1	42.3
Nord	17.1	62.46	20.44	158.1	50.1	43.7
Centro	17.51	61.67	20.82	160.3	51.1	43.6
Mezzogiorno	22.58	60.59	16.83	103.1	49.6	39.9
REGIONI						
Piemonte	16.37	61.75	21.89	178.3	51.88	44.6
Valle d'Aosta	17.22	63.17	19.61	149.89	48.57	43.3
Lombardia	17.73	63.44	18.82	140.44	47.55	42.75
Trentino-Alto Adige	21.12	61.63	17.26	107.16	50.06	40.94
Veneto	18.08	63.23	18.69	136.78	47.84	42.55
Friuli-Venezia Giulia	15.59	62.49	21.91	186.22	50.78	45.1
Liguria	14.49	59.17	26.33	242.52	59.21	47.29
Emilia-Romagna	15.82	61.51	22.66	187.62	53.23	44.98
Toscana	15.92	61.13	22.95	193.28	53.42	45.16
Umbria	16.74	60.1	23.17	188.08	55.01	44.8
Marche	17.54	60.28	22.17	170.89	54.2	44
Lazio	18.71	62.7	18.59	133.98	48.07	42.23
Abruzzo	18.89	60.22	20.88	153.04	52.73	42.95
Molise	19.32	59.2	21.48	156.07	54.44	42.97
Campania	24.68	60.53	14.78	82.08	48.8	38.27
Puglia	22.34	61.04	16.62	102.82	48.77	39.92
Basilicata	21.15	59.56	19.29	127.9	52.35	41.24
Calabria	22.43	59.96	17.61	111.04	50.31	40.22
Sicilia	22.96	59.81	17.44	104.78	51.69	40.09
Sardegna	18.93	64.36	16.7	125.26	42.94	41.33

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Nell'ambito dell'Unione Europea, l'Italia è quella che nei prossimi anni è destinata ad avere l'incidenza più elevata di grandi vecchi (gli ultra ottantenni saranno, nel 2020, il 6,8% del totale). Il forte processo d'invecchiamento che contraddistingue il nostro Paese non si distribuisce però in maniera uniforme.



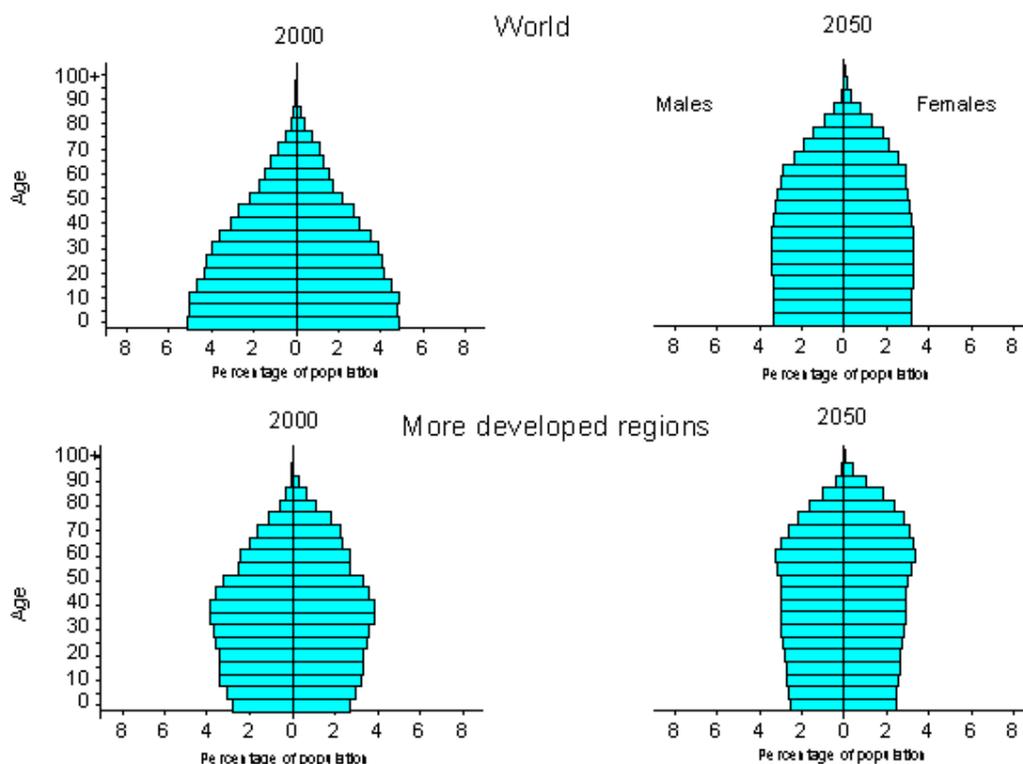
Le regioni più "vecchie" si trovano al Nord e nel Centro della penisola.

Il problema dell'invecchiamento è il più epocale cambiamento mai avvenuto nei paesi industrializzati e tale fenomeno ne condizionerà fortemente lo sviluppo. Di tale consapevolezza se ne stanno facendo carico i più importanti organismi internazionali.

In un recente documento dell'Unione Europea si legge: "Il notevole prolungamento della longevità e la nostra maggiore capacità di controllare la riproduzione sono tra le più grandi conquiste dell'ultimo cinquantennio.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*



Il fatto che le persone in generale si possano attendere di vivere più a lungo apre loro nuove opportunità di autorealizzazione.

L'effetto combinato di tali conquiste, che si manifesta nell'invecchiamento della popolazione, presenta però anche nuove sfide. Nel corso del nuovo secolo l'invecchiamento influenzerà le fondamenta sociali ed economiche delle società in molte parti del mondo.

Le nostre società dovranno predisporre un quadro appropriato per le persone che vivono più a lungo assicurando contemporaneamente la sostenibilità economica e sociale in un mondo che invecchia.

Le condizioni e le opportunità per coloro che sono anziani ora, uomini e donne, sono da sempre un'importante preoccupazione, ma il fatto di prepararsi bene all'invecchiamento della popolazione è una questione che interessa tutti e l'obiettivo deve essere quello di arrivare ad una società aperta alle persone di tutte le età.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Le politiche dell'invecchiamento dovrebbero adottare un ampio approccio impostato sull'intera durata della vita e che tenga conto dell'intera società, prendendo lo spunto dalle iniziative globali e dai principi ispiratori delle Nazioni Unite”.

Dunque sono sempre più numerosi i “grandi vecchi”, con il conseguente aumento del numero delle persone “fragili”, con accresciuta consapevolezza dei propri diritti e delle aspettative sociali di vita dignitosa, a fronte di risorse limitate.

Questi sono alcuni dei problemi sui quali le future politiche dovranno obbligatoriamente confrontarsi.

“Invecchiare è un privilegio e una meta della società. E’ anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo.”

Questo è uno dei messaggi proposti dall’Organizzazione mondiale della sanità sul tema della salute degli anziani. Un argomento che acquista sempre maggiore importanza in una società, come la nostra, che sta vivendo una sorta di ‘rivoluzione demografica’: nel 2000, nel mondo c’erano circa 600 milioni di persone con più di 60 anni, nel 2025 ce ne saranno 1,2 miliardi e 2 miliardi nel 2050. Inoltre le donne vivono più a lungo degli uomini virtualmente in tutte le società. Di conseguenza nella fascia di popolazione molto anziana il rapporto fra donne e uomini è di 2 a 1.

In Europa, come in molte altre regioni ricche, una persona su 5 ha più di 60 anni. Questo rapporto scende a 1 su 20 in Africa ma, come in altre aree in via di sviluppo, il processo di invecchiamento della popolazione è più rapido che nei paesi ‘sviluppati’, quindi c’è meno tempo per adottare le necessarie misure per far fronte alle conseguenze dell’aumento della popolazione anziana, fra cui l’aumento della frequenza di patologie croniche tipicamente legate all’invecchiamento.

Infatti, l’invecchiamento della popolazione è tipicamente accompagnato da un aumento del carico delle malattie non trasmissibili, come quelle cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici.

Come conseguenza, la pressione sul sistema sanitario mondiale aumenta.

Le malattie croniche impongono alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute e economico a causa proprio della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per le cure.

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell’anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

*gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell’Uliveto
Anno 2005-2006*

Secondo le stime dell'Istat, nel 2001 in Italia il numero di ultrasessantacinquenni ammontava a circa 10 milioni e mezzo di persone (il 18% della popolazione italiana), nel 2006 si stima che questo numero lievitò fino ad arrivare a circa 11 milioni e mezzo di persone.

Secondo il rapporto "Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana" del Ministero della Salute, la popolazione anziana oggi in Italia determina il 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari e il 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati.

Sebbene il rischio di malattie aumenti con l'età, i problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. Infatti se per molte di queste patologie non si conoscono misure preventive efficaci, per altre invece già sono note.

Fra queste c'è l'adozione di un sano stile di vita che include una regolare attività fisica, una sana alimentazione evitando il fumo.

Inoltre le misure di prevenzione includono anche indagini cliniche per la diagnosi precoce, come nel caso degli screening per il tumore del seno, della cervice uterina e del colon retto, del diabete e relative complicazioni e della depressione.

Incidenza del dolore da cancro

In letteratura non esistono molti dati sull'incidenza del dolore nelle patologie croniche benigne, mentre è nota l'incidenza del dolore cronico nella patologia oncologica. Dati di prevalenza forniti dall'OMS indicano che, nel mondo, 17 milioni di persone sono attualmente affette da tumore, con 7 milioni annui di decesso per neoplasia.

Numerosi studi hanno evidenziato come circa il 30% di pazienti sottoposti a trattamento attivo ed il 70% dei pazienti con patologia in fase avanzatissima sia portatore di dolore cronico.

È stato riportato come il 70% dei dolori dei pazienti sia dovuto alla neoplasia, il 20% alle terapie antitumorali e il 10% a cause diverse sia dal tumore che dalle terapie.

In diverse casistiche, da 30% a 70% dei pazienti presenta due o più dolori importanti, in sedi diverse, indipendenti l'uno dall'altro, spesso anche con varia etiopatogenesi.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Il 60%, infine, presenta episodi di “emersione” del dolore dalla copertura antalgica di base, con puntate dolorose spesso di difficile controllo, in concomitanza con movimenti volontari, con procedimenti fisiologici volontari o involontari e con posture particolari (cosiddetto “breakthrough pain”).

Se si considerano affidabili le stime di letteratura, basate su dati preliminari, che indicano come, inserendo in programmi di cure palliative anche pazienti affetti da patologia non oncologica, la popolazione complessiva inserita in programmi palliativi raddoppierebbe, si può analogamente ritenere che anche il numero complessivo di pazienti affetti da dolore necessitante di trattamento sia almeno doppio di quello riportato.

Va anche sottolineato che il dolore spesso non è che una delle manifestazioni di un complesso corredo sintomatologico che affligge i pazienti con patologie croniche degenerative e progressive, che esige un approccio terapeutico-assistenziale-psicologico-sociale globale che prende il nome, in tutto il mondo, di Cure Palliative.

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell’anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

*gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell’Uliveto
Anno 2005-2006*

DEFINIZIONE E FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE

Secondo Merskey, il dolore può essere definito come *“una sensazione spiacevole, una esperienza emozionale ed affettiva associata a danno dei tessuti o descritto nei termini di tale danno”*

In altre parole, si può affermare che il dolore (o nocicezione) non rappresenta solamente il risultato dell'attivazione del sistema nervoso, ma tale risultato è ampiamente influenzato da uno stato psicologico ed emozionale che spesso comprende sentimenti di paura, preoccupazione e angoscia.

Nel dolore si possono riconoscere una componente *“sensitiva”* e una *“affettiva”*. La prima solitamente è costante e identifica l'intensità, la soglia e la riproducibilità del dolore. La seconda varia da individuo a individuo e rappresenta la reazione, la ricaduta emozionale e la tolleranza rispetto al dolore.

Luxardo individua due diversi tipi di dolore:

- 1) dolore come sintomo
- 2) dolore come malattia

Nel primo caso il dolore ha una funzione di *“protezione”* in quanto segnala la presenza di un danno ai tessuti (es. frattura, ustione ecc.) e crea una condizione psicologica caratterizzata da preoccupazione e ansia per le conseguenze dell'accaduto e solitamente si esaurisce nel giro di poco tempo. In questo caso la risoluzione del problema può avvenire attraverso il controllo e l'intervento terapeutico.

Nel caso di *“dolore come malattia”* si attivano dei meccanismi molto complessi a livello psicologico che sfociano in sentimenti di frustrazione e sofferenza tali da non poter essere controllati solamente con un trattamento farmacologico, ma necessitano di un approccio multidisciplinare che prenda in carico la persona nella sua globalità e unicità. Il prolungarsi del dolore toglie gradualmente al dolore stesso il significato di allarme o di manifestazione esterna di un conflitto psicologico: non vi è più uno scopo in tale dolore, né nascosto, né evidente.

Il dolore diviene sindrome autonoma con pesante impatto sulla vita di relazione e sugli aspetti psicologici e sociali caratteristici della persona, il dolore assume connotati di sintomo INUTILE. (Approccio globale al dolore cronico – Giornata del Solievo-26/05/2002).

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

La sofferenza del paziente non trova alcuna giustificazione ed egli vuole uscirne al più presto.

Mentre la diagnosi di dolore acuto è più facile perché sempre evidente, la complessità della diagnosi di dolore cronico porta spesso ad una sua sottovalutazione; i segni prevalenti sono infatti spesso: stanchezza, depressione, rinuncia alla lotta, espressione bloccata/dolore mascherato, comportamento verbale, analogico e livello di attività non più congruenti con l'intensità del dolore; è difficile da riconoscere e da credere.

Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva, la reazione dell'organismo ad una esperienza dolorosa genera la sofferenza.

SOFFERENZA: stato di angoscia associato ad eventi che minacciano l'integrità della persona.

Da un punto di vista anatomo-fisiologico il dolore è definito come “un sistema neuro-ormonale complesso composto da tre sottosistemi:

- A. sistema “afferenziale” che conduce gli impulsi dolorosi dalla periferia ai centri nervosi superiori;
- B. sistema di “riconoscimento” che decodifica gli impulsi valutandone l'intensità e determinando una risposta motoria, neurovegetativa, endocrina e psico-emotiva;
- C. sistema di “controllo” che invia impulsi inibitori al midollo spinale al fine di ridurre la potenza degli impulsi nocicettivi afferenti (sistema antinocicettivo).

La terapia antalgica può agire essenzialmente attraverso due modalità: interrompendo le vie del sistema nocicettivo ovvero rinforzando il sistema antinocicettivo.

Classificazione del dolore

Secondo Field e Portenoy la valutazione del tempo di insorgenza del dolore rappresenta una prima classificazione che distingue il dolore acuto da quello cronico.

Il dolore acuto ha un'insorgenza pressoché immediata associata ad uno stato ansioso che varia in relazione all'intensità del dolore stesso. Ciò comporta l'attivazione del sistema nervoso simpatico.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Il dolore cronico è caratterizzato da una durata maggiore di sei mesi e ciò comporta la perdita della funzione biologica di adattamento.

Tale condizione conduce spesso a depressione. Si possono distinguere alcuni tipi di dolore cronico :

- nocicettivo
- neurogeno
- psicogeno

Il dolore “nocicettivo” insorge in seguito a trauma o insulto termico o chimico e l'intensità è proporzionata alla sensibilità dolorifica dell'individuo. Può essere viscerale (a carico delle strutture profonde) o somatico (a carico delle strutture superficiali).

La maggior parte dei dolori cronici nell'anziano sono di tipo nocicettivo somatico (cancro, artrite, dolori muscolari) e il trattamento consiste nel rimuovere la causa periferica (es. flogosi) e solo in un secondo momento procedendo all'interruzione delle vie nervose afferenti.

Il dolore neurogeno deriva da una disfunzione organica delle vie nervose centrali o periferiche a causa di patologie come il diabete o l'herpes zoster.

La tipologia di dolore può essere caratterizzata da “formicolio” o sensazione di “scossa elettrica” alla lieve stimolazione tattile.

Il dolore psicogeno spesso si identifica con disturbi che di fatto non sono correlati alla presenza di una reale malattia organica, ma possono rientrare in forme di somatizzazione.

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

Meccanismi che entrano in funzione nel dolore cronico	
Meccanismi periferici	<ul style="list-style-type: none"> ➤ sensibilizzazione o stimolazione persistente dei nocicettori ➤ attivazione di processi flogistici di natura cronica ➤ ipereccitabilità delle terminazioni nervose dovuto a danneggiamento delle membrane del nervo.
Meccanismi riflessi	<ul style="list-style-type: none"> ➤ spasmi muscolari riflessi ➤ iperattività simpatica riflessa (ischemia, danno cellulare, liberazione di sostanze algogene e sensibilazione dei nocicettori)
Meccanismi centrali	<ul style="list-style-type: none"> ➤ mantenimento in attività delle vie ascendenti dolorifiche a causa di persistente stimolazione nocicettiva ➤ alterazione del meccanismo di controllo del dolore con conseguenti squilibri ormonali.
Meccanismi psicologici	<ul style="list-style-type: none"> ➤ stress emotivi ➤ tono dell'umore ➤ senso di inadeguatezza ➤ stati ansia ➤ difficoltà di inserimento sociale ➤ sentimenti di isolamento e abbandono.

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

APPROCCIO GLOBALE AL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO E DA CANCRO

Una gestione globale del dolore cronico comprende: valutazione del dolore, strategia terapeutica, assistenza continua.

Valutazione del dolore

La valutazione clinica del dolore deve comprendere:

- meccanismo fisiopatologico: distinzione fra dolore nocicettivo (somatico e viscerale), neuropatico, idiopatico e misto;
- caratteristiche temporali: le grandi categorie di dolore acuto e cronico sono articolate in sindromi dolorose subacute, episodiche, intermittenti. Un dolore che emerge dalla copertura antalgica basale è il “breakthrough pain”;
- intensità del dolore: studi sulle descrizioni spontanee del proprio dolore da parte di pazienti hanno visto l'utilizzo di più di 120 parole diverse. I tentativi di categorizzare il dolore utilizzando specifici strumenti.

Si ritiene che le misurazioni più valide ed aderenti alla realtà siano rappresentate o dalla media dei valori di tre misurazioni quotidiane di dolore attuale, cioè presente al momento stesso della rilevazione, o, in caso di impossibilità ad eseguire ripetuti monitoraggi nella giornata, dalla rilevazione del dolore peggiore, che probabilmente rimane la variabile con maggiore significato clinico (ad esempio, per individuare tempestivamente la necessità di un cambio terapeutico).

Alcuni strumenti consentono di effettuare medie di diverse misurazioni, rilevando oltre al dolore attuale, il dolore più lieve, il medio e il peggiore delle ultime 24 ore.

Il numero di episodi di “breakthrough pain” e il numero di volte in cui è stato necessario somministrare farmaci al bisogno costituiscono due ulteriori parametri di cui tenere conto nella valutazione complessiva del dolore.

La valutazione del dolore ha significato se è assicurata la massima visibilità di tale rilevazione, mediante la presenza degli strumenti di misurazione e della valutazione del dolore nella cartella clinica del paziente.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell’anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell’Uliveto
Anno 2005-2006*

Ovviamente, il processo tecnico di misurazione del dolore va inserito in un contesto più ampio, nel quale siano presenti:

- fiducia da parte del curante nell'attendibilità del paziente nel riportare l'intensità e le caratteristiche del proprio dolore;
- attitudine a valutare la condizione psicologica del paziente;
- accurata indagine anamnestica ed approfondito esame obiettivo;
- richiesta delle indagini strumentali considerate appropriate;
- impostazione del piano terapeutico antalgico;
- precoce rivalutazione, da mantenere periodicamente nel tempo.

Strategia terapeutica

La strategia terapeutica proposta dall'OMS per il trattamento del Dolore Cronico Oncologico deve porsi alcuni obiettivi sequenziali che possono essere schematizzati come segue:

- aumento delle ore di sonno libere da dolore;
- riduzione del dolore a riposo;
- riduzione del dolore in posizione eretta o al movimento.

Il trattamento prevede l'utilizzo integrato di diverse procedure e metodiche terapeutiche, a partire dalle possibilità antalgiche delle terapie specifiche antitumorali: chemio-radio-ormono-immunoterapia e chirurgia.

Dal punto di vista strettamente sintomatico, il cardine fondamentale della strategia terapeutica è rappresentato dalla Scala Analgesica a Tre Gradini.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*



Secondo molti autori, tale approccio terapeutico potrebbe essere indicato per tutti i tipi di dolore cronico, indipendentemente dall'evoluzione progressiva o meno della patologia di base.

Come noto, la Scala Analgesica a Tre Gradini, prevede l'utilizzo di tre categorie di farmaci: non oppioidi, oppioidi per il dolore lieve-moderato (una volta detti oppioidi deboli) ed oppioidi per il dolore moderato-severo (in passato chiamati oppioidi forti), con l'integrazione o meno di farmaci adiuvanti in ciascuno dei tre gradini e di terapie non farmacologiche (fisioterapiche, psicologiche e antalgiche invasive, quali infiltrazioni, neurolesioni, neuromodulazioni).

Mentre in passato si era sottolineato l'approccio progressivo e sequenziale nell'utilizzo dei farmaci dei tre gradini, oggi viene evidenziato come debba essere l'intensità del dolore, e non la sequenzialità dei gradini (né, tantomeno, la prognosi del paziente) a indicare il livello di farmaco con il quale iniziare un trattamento del dolore cronico.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
 gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
 Anno 2005-2006*

Il suggerimento dell'OMS è quello di inserire la strategia terapeutica in un appropriato programma di assistenza continuativa in terapia antalgica e cure palliative.

L'utilizzo ottimale della Scala Analgesica dell'OMS ha consentito, come risulta dai dati della letteratura, un controllo soddisfacente del dolore in una percentuale di casi molto elevata (oltre il 70% nelle casistiche più vecchie, addirittura oltre il 95% in quelle più recenti), riducendo la necessità e l'indicazione di approcci invasivi a casi sempre più selezionati.

Regole di somministrazione della terapia antalgica

Alcune regole-base per la somministrazione dei farmaci analgesici sono riassunte di seguito:

- individualizzazione del dosaggio analgesico, tenendo conto del fatto che gli oppioidi per il dolore moderato-severo od oppioidi forti non hanno, almeno teoricamente, alcun tetto massimo di dosaggio oltre il quale gli effetti collaterali siano invariabilmente maggiori degli effetti terapeutici;
- utilizzo preferenziale della via orale; la più fisiologica e la meno invasiva per trattamenti di lunga durata, anche se un numero sempre maggiore di farmaci sarà disponibile anche in forma di cerotti per rilascio transdermico, molto comodi per il paziente, anche se, per ora, con costi che risentono della tecnologia utilizzata per apportare i patch (cerotti) a lento rilascio;
- adeguato trattamento dell'insonnia, che può contribuire a debilitare ulteriormente il paziente e a renderlo sofferente e irritabile; un incremento del dosaggio prenotturno dell'antidolorifico può essere opportuno;
- trattamento sistematico (e preventivo) degli effetti collaterali più comuni. E' nota la gastrolesività dei Farmaci Antiinfiammatori Non Steroidei (FANS), soprattutto nei pazienti a rischio e politrattati; in caso di trattamento per lunghi periodi, sono indicate la scelta dei FANS meno gastrolesivi e la profilassi farmacologica degli effetti collaterali sul tratto gastro-enterico. Per quanto riguarda gli oppioidi, alcuni effetti collaterali di tali farmaci sviluppano tolleranza, (nausea/vomito) e vanno trattati soprattutto nel primo periodo di terapia antalgica. Altri effetti secondari rimangono costanti nel tempo; ad esempio la stipsi, soprattutto nel caso di trattamento con oppioidi per via orale, rende necessaria l'assunzione profilattica continuativa di lassativi. Una depressione

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

respiratoria di rilevanza clinica in corso di trattamento cronico con oppioidi forti è solo aneddotica (e ciononostante rimane il timore maggiore nell'immaginario di operatori sanitari senza specifica formazione in terapia del dolore e cure palliative). Addirittura, in cure palliative, viene sfruttato l'effetto dell'oppioide per innalzare la soglia soggettiva di sensazione di affanno respiratorio nel trattamento della dispnea. Negli ultimi tempi studi nordamericani, dopo trattamenti con oppioidi a dosi molto elevate e per prolungati periodi di tempo, hanno iniziato a riportare effetti collaterali "nuovi" di tipo eccitatorio anziché depressivo, diversi da quelli tradizionalmente noti: tremore ed agitazione diffusa (flapping tremor), irritabilità ecc.;

- utilizzo dei farmaci adiuvanti, i quali possono:
 - a) possedere un effetto analgesico diretto (es. azione stabilizzante la membrana degli anticonvulsivanti, sfruttata nel dolore neuropatico), o indiretto (azione antalgica dei corticosteroidi secondaria all'azione antiedemigena, innalzamento della soglia del dolore da parte di antidepressivi ed ansiolitici);
 - b) ridurre gli effetti collaterali degli analgesici consentendo un loro utilizzo a dosi piene. Sono comunque numerose le situazioni nelle quali l'utilizzo dei farmaci adiuvanti contribuisce in modo sostanziale a migliorare il quadro algico;
- monitoraggio ravvicinato dei risultati del trattamento, degli effetti collaterali e dell'indice terapeutico.

Esula dagli obiettivi del presente documento una descrizione sistematica dei singoli farmaci di ogni gradino della Scala Analgesica.

E' opportuno che, all'interno di ciascun gradino, i medici e gli operatori sanitari di cure primarie, acquisiscano dimestichezza con i farmaci base, ricorrendo ad aiuti specialistici quando si tratti di modificare il farmaco o la via di somministrazione o entrambi, dato che in questo momento entrano in gioco fattori di conversione e tabelle di "equianalgesia" (comune livello di analgesia ottenuto mediante somministrazione di diversi farmaci o di uguali farmaci somministrati attraverso diverse vie), con livelli superiori di complessità gestionale e di rischio per il paziente in caso di non rigoroso approccio clinico.

Elaborato

"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

Altre modalità terapeutiche

In casi selezionati la terapia farmacologica può non essere sufficiente. Dati recenti quantificano la percentuale di pazienti che necessitano di trattamenti neurolitici e di neuromodulazione intorno al 2-3%.

La tecnica più utile è la gangliolisi del celiaco per i dolori ad origine pancreatica e della regione epigastrica. La neuromodulazione per via spinale sembra avere in alcuni casi effetto aggiuntivo ai risultati ottenibili per via venosa o sottocutanea non tanto per il rilascio a livello spinale dell'oppioide, quanto per la possibilità di combinare ad esso l'anestetico locale.

Prevenzione e cura degli effetti collaterali

E' fondamentale l'indagine anamnestica e l'osservazione attenta del paziente in modo da riconoscere in tempo la comparsa degli effetti collaterali da farmaci analgesici. L'imponenza di alcuni sintomi iatrogeni può inficiare la validità della terapia analgesica.

Bisogna tenere, quindi, bene in mente quelli che sono gli effetti collaterali dei farmaci analgesici che si prescrivono, anche per sensibilizzare il paziente ed i familiari a riconoscerli ed a comunicarli in tempo utile al medico.

Morfina: pregiudizi comuni e miti da sfatare

L'Italia è uno dei paesi europei nel quale si usa meno morfina a causa soprattutto della non conoscenza circa le sue qualità terapeutiche e per il persistere di alcuni pregiudizi infondati.

- la morfina non comporta necessariamente depressione respiratoria;
- la morfina non genera sempre una dipendenza psichica, specie se somministrata per via orale;
- la morfina non instaura una rapida ed incontrollata tolleranza;
- la somministrazione di morfina non comporta fenomeni disforici (squilibri del tono dell'umore);
- la morfina non compromette la qualità della vita.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Nel dolore da cancro, la somministrazione della morfina è raccomandata per via orale, in quanto la più vantaggiosa. Se vi sono ostacoli all'impiego della via orale, vengono anche utilizzate la via endovenosa e quella peridurale.

La tolleranza e la dipendenza si manifestano costantemente dopo che il farmaco è somministrato per un periodo di alcune settimane o mesi, ma questi eventi non devono condizionare le scelte terapeutiche e, comunque, non alterano il successo della terapia.

Assistenza Continua

Analizzando i dati storici della Divisione di Terapia del Dolore e Cure Palliative dell'Istituto Tumori di Milano, si evidenzia che la progressiva riduzione dell'utilizzo delle tecniche chirurgiche ed anestesiológicas neurolesive ha avuto due importanti momenti, coincisi con significativi cambiamenti: il primo era legato all'introduzione della morfina per via orale, il secondo allorché si sono introdotte modalità organizzative di assistenza continuativa ai pazienti.

Un modello di intervento continuativo deve consentire, in una determinata area, un'offerta modulare di cure palliative costituita da:

- a) cure primarie erogate da personale medico-infermieristico formato in cure palliative;
- b) cure palliative specialistiche da parte di personale dedicato, in regime ambulatoriale, di day hospital, home care, hospice, unità ospedaliera;
- c) programmi di diffusione del modello "Ospedale senza Dolore";
- d) centri selezionati di "terzo livello" dove vengono effettuate manovre interventistiche di terapia antalgica.

La diffusione di una cultura della terapia del dolore e delle cure palliative potrà consentire un risultato sempre più soddisfacente di controllo del dolore, consentendo ai pazienti di essere curati secondo le modalità e all'interno degli assetti assistenziali più appropriati in ciascuna situazione clinica.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

DOLORE E INVECCHIAMENTO

E' convinzione comune che il dolore sia un fenomeno fisiologicamente legato all'invecchiamento.

La degenerazione dei tessuti, la diminuzione della funzionalità degli apparati, le polipatologie e relative complicità, generano frequentemente una sintomatologia dolorosa cronica.

Studi, effettuati su popolazioni di soggetti anziani assistiti a domicilio, residenti nel territorio di 25 ASL italiane, ha rilevato che il 40% lamenta un dolore quotidiano che interferisce con le attività di vita.

In conseguenza di ciò, ci si potrebbe attendere un' elevata prescrizione di farmaci antidolorifici; invece, la stessa indagine, evidenzia una situazione paradossale: solo a un quarto di questi pazienti è prescritta una terapia antalgica e la prescrizione di farmaci antalgici diminuisce progressivamente con l'aumentare dell'età.

Agli anziani con deterioramento cognitivo, inoltre, sono prescritti il minore numero di trattamenti antalgici in assoluto.

Non conoscendo studi sull'efficacia, gli effetti collaterali e le interazioni con altri farmaci, delle terapie antidolorifiche nei soggetti anziani, è doveroso chiedersi se il problema del dolore nell'anziano sia sottovalutato per motivazioni "culturali".

L'anziano che soffre, e nella migliore delle ipotesi, chiede di essere liberato dal dolore, rischia di sentirsi rispondere che, alla sua età, non può pretendere di sentirsi bene! Queste riflessioni sottolineano l'esistenza di un pregiudizio ancora presente anche in chi esercita professioni d'aiuto: sottostimare il dolore di una persona giovane è inaccettabile, mentre è inevitabile farlo in una persona anziana.

Il superamento di questo preconcetto è obbligatorio; è stato dimostrato che la presenza di dolore influisce negativamente sulla qualità di vita e sul grado di autonomia.

Molte inabilità dell'anziano (es. vestirsi, lavarsi, raggiungere i servizi, spostarsi da seduto in piedi, da letto a seduto, che costituiscono parametri di misura per scale di valutazione di autonomia, cfr. Tinetti ADL), hanno frequentemente alla base una sintomatologia dolorosa.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

L'Infermiere, inoltre, non deve dimenticare che una posizione obbligata (da un sintomo doloroso o altro) è tra i fattori di rischio per l'insorgenza di lesioni da compressione (cfr. Scala di Northon, Braden).

Sono inoltre dimostrate importanti correlazioni tra dolore cronico e depressione.

Invecchiamento, deficit cognitivi e percezione del dolore

Abbiamo in precedenza sottolineato come un numero sempre maggiore di persone raggiunge un'età avanzata, le correlazioni fra invecchiamento e qualità di vita sono oggetto di numerosi studi scientifici ed etici.

Parte della popolazione anziana mantiene risorse fisiche, culturali, sociali ed economiche tali da affrontare l'esperienza del dolore e della malattia con le stesse "potenzialità" dei non anziani.

Gli Operatori Sanitari, e gli Infermieri in particolare, sono però consapevoli che gli anziani sono tra le fasce di popolazione più fragile: oltre ad essere spesso affetti da patologie croniche, possono avere limitate risorse economiche, scarse relazioni sociali e poca conoscenza dei propri diritti a proposito di qualità e dignità di vita.

L'Infermiere che opera in contesti geriatrici deve considerare tutti questi elementi per sfuggire al pregiudizio che il dolore sia un aspetto necessario e non eliminabile nella vita di un anziano, applicando oltre alle competenze tecnico/pratiche la capacità relazionale che consenta al paziente l'espressione dei propri bisogni e la conoscenza delle possibili risoluzioni.

Il dolore non è un parametro vitale, non è misurabile con un unico strumento: la valutazione della sua presenza e intensità è imprescindibile da una soggettività del paziente.

Cosa succede quando a causa di deficit neurologici e/o cognitivi il paziente è incapace di esprimere il dolore secondo canali di comunicazione decifrabili?

La presenza di sintomatologia dolorosa in questo tipo di pazienti è presumibilmente sottostimata, come dimostrato dallo scarso utilizzo di farmaci analgesici in pazienti dementi o con disturbi cognitivi.

La valutazione dell'intensità del dolore è spesso impossibile, mentre la rilevazione della sua presenza viene effettuata spesso attraverso l'osservazione: della mimica

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

(durante la mobilitazione), della assunzione di posture insolite, del rifiuto ad alzarsi, del rifiuto del cibo, agitazione, vocalizzazione, insonnia; a volte si procede per esclusione somministrando terapia antalgica per verificare se un comportamento non diversamente spiegabile scompare.

La connotazione dell'Infermiere come professionista che tutela la dignità della persona temporaneamente o stabilmente incapace di soddisfare o esprimere i propri bisogni, ci induce a riflettere su quanto il problema dolore sia considerato nella pianificazione dell'assistenza degli anziani, in particolar modo di quelli con difficoltà a comunicare il dolore o a causa di deficit cognitivi o per mancanza di un contesto sensibile che ne consenta l'espressione.

In particolare modo potrebbe essere valutata, nella documentazione infermieristica relativa ai pazienti seguiti dai servizi domiciliari o nelle Strutture Protette, come viene descritta la presenza del dolore, la riflessione in base al quale lo si ritiene presente, l'efficacia dei trattamenti antalgici.

La rilevazione potrebbe essere mirata a situazioni assistenziali specifiche: mobilitazione, effettuazione di cure igieniche, presenza di lesioni da compressione, presenza di catetere vescicale, contratture, ecc.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

LE CURE PALLIATIVE, UN APPROCCIO POSSIBILE

Il dolore cronico presente nelle malattie degenerative, neurologiche, oncologiche, specie nelle fasi avanzate e terminali di malattia, assume le caratteristiche di DOLORE GLOBALE, ovvero di sofferenza personale (Approccio globale al dolore cronico – Giornata del Sollievo- 26/05/2002); ovvero un dolore a genesi complessa e multifattoriale: fisico, mentale, sociale e spirituale.

Spesso il malato sta sperimentando un dolore che non è possibile predire quando finirà, peggiora piuttosto che migliorare, è senza motivo e si espande ad occupare tutta l'attenzione del paziente fino ad isolarlo dal mondo esterno.

Quindi il dolore distrugge la possibilità di vivere come persona.

Il dolore cronico modifica la personalità e rende necessario un adattamento dello stile di vita, diminuisce la qualità di vita (QdV), apporta mutamenti relazionali, spesso comporta inabilità lavorativa e modifica gli interessi.

L'esperienza dolorosa è estremamente complessa: essendovi interconnessione tra corpo e psiche, malato, famiglia e curanti e malattia e contesto socio-culturale; la sofferenza diviene globale per il paziente e per chi gli sta vicino.

Cicely Saunders (unanimemente ritenuta la fondatrice del "movimento hospice") usò il termine "Total pain" proprio per sottolineare la natura complessa e multiforme della sofferenza nel malato terminale.

"Ero a casa, rimbecillito da un dolore acutissimo. Il dolore è andato crescendo settimana dopo settimana. Uno comincia a perdere ogni speranza, a pensare che non potrà mai più stare meglio, nemmeno un poco, che starà sempre così."

"...il dolore era così tremendo che pensavo di non poterlo sopportare più. E pregavo, ti prego, fa che sia adesso."

Un tale complesso di sofferenze sembra invincibile. Tuttavia le CURE PALLIATIVE sono ormai riconosciute come un mezzo efficace per fronteggiare questi problemi.

Le cure palliative non possono eliminare ogni forma di sofferenza, ma forniscono una traccia per proseguire, attraverso confusione e dolore, su un sentiero lungo il quale

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

malato, familiari e operatori possono raggiungere una QUALITA' DI VITA accettabile. (C.F.B. Regnare, S.Tempest, F. Toscani "Manuale di medicina palliativa" CIS Editore Milano-1990).

Secondo la definizione dell'OMS, per "cure palliative" si intende una serie di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla *"...cura attiva, totale, di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale risulta il **controllo del dolore** e degli altri sintomi, e in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore **qualità di vita** possibile per i malati e le loro famiglie"*.

Le Cure Palliative, come "movimento Hospice", nascono a Londra negli anni '60 del secolo scorso, grazie a Dame Cicely Saunders, che mise in pratica quel concetto rivoluzionario di: CURARE QUANDO NON SI PUO' GUARIRE, dove "cura" è intesa nel senso più ampio del termine, come "prendersi cura" della persona affetta da una malattia, pur se non possiamo sconfiggere il morbo che ne limiterà nel tempo la vita. (da Salute e territorio – Cure di fine vita, n° 134-2002).

Le cure palliative sono rivolte al malato definito "terminale" (quindi non esclusivamente oncologico), ovvero quando il finalismo intrinseco dei suoi organi e delle sue funzioni inizia a cessare, quando cioè, di fatti, inizia a venire meno quel meccanismo di autoregolazione che consente ad un organismo di vivere, sia pure a diversi livelli di salute; il processo così iniziato ha come esito la morte.

Il problema "malato terminale" è relativamente nuovo per la medicina: se da un lato può aver contribuito l'aumento di patologie croniche evolutive e la comparsa di nuove malattie ad esito infausto (AIDS), dall'altro è sicuramente una conseguenza del progresso della tecnologia e del sapere medico.

Dall'ultimo dopoguerra si sono infatti realizzate alcune importanti conquiste, quali l'aumento della durata media della vita, la cronicizzazione di malattie altrimenti mortali e il prolungamento, non solo della sopravvivenza, ma anche del processo finale di deperimento fisico dei pazienti affetti da malattie croniche ed inguaribili (es. il cancro).

La cronicizzazione di diverse malattie ha infine creato una larga fascia di malati terminali: epatopatici, broncopneumopatici, cardiopatici, diabetici, pazienti neurologici, i "grandi anziani", i malati di patologie degenerative vascolari, i neuropatici (Franco Toscani, "Medicina e malato terminale: verso una nuova etica della medicina").

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Le caratteristiche delle cure palliative possono quindi essere così sintetizzate:

- sono focalizzate sulla qualità di vita del malato e considerano il morire un processo naturale;
- non affrettano né pospongono la morte;
- provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi soggettivi del paziente;
- integrano nella cura del paziente gli aspetti psicologici e spirituali;
- offrono sistemi di supporto per rendere il più possibile attiva la vita del paziente fino alla morte;
- offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia durante la malattia del paziente e durante il lutto;
- sono multidisciplinari nella loro operatività.

(Vittorio Ventafridda, “Curare quando non si può guarire”)

È quindi prioritario contenere i sintomi fastidiosi e i segni implicati nella genesi dello stato di sofferenza psico-fisica di questi malati.

È evidente come DOLORE e QdV siano strettamente correlati in un contesto di malattia cronico-degenerativa e terminale.

La complessità e la fragilità del malato cronico e terminale in particolare, richiedono un approccio multidimensionale che favorisca la razionalizzazione e l'integrazione degli elementi conoscitivi, esplorando anche le aree dei bisogni più frequentemente sommersi e di quelli plausibilmente potenziali, nonché evidenziando le capacità funzionali residue.

Le dimensioni esplorate da un tipo di valutazione multidimensionale e gli aspetti di vita correlati ad aree funzionali specifiche concorrono a definire la qualità della vita.

(a cura di: M. Sonetti M.T. Ruffatto “ Il dolore narrato la comunicazione con il malato neoplasico grave” Centro Scientifico Editore, Torino-2001).

QUALITA' DI VITA

Qualità di vita è definita dalla Organizzazione Mondiale per la Sanità, come “...la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni. Riguarda quindi un concetto ad ampio spettro, che è

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

modificabile in maniera complessa dalla percezione della propria salute fisica e psicologico-emotiva, dal livello di indipendenza, dalle relazioni sociali e dalla interazione con il proprio specifico contesto ambientale” (OMS).

Nel tentativo di definire un concetto così complesso come la QdV, anche allo scopo di produrre strumenti in grado di misurarla, diversi sono in realtà, gli approcci provenienti dalle diverse discipline.

Alcuni più focalizzati su aspetti filosofici ed umanistici, dove le aspirazioni e i valori personali giocano un ruolo predominante e la salute è solo uno dei tanti fattori in gioco; altri più interessati a verificare gli aspetti medici e sanitari del cambiamento dello stile di vita, dove gli aspetti individuali, culturali e sociali sono considerati dei fattori che filtrano e “confondono” la valutazione dell’ individuo.

In entrambi i casi è comunque evidente come QdV e stato di salute siano strettamente ed imprescindibilmente correlati, anche se alla salute si attribuiscono significati e grado di importanza differenti.

In ambito medico, pur accettando che la salute giochi un ruolo importante nella definizione di QdV, e che la sua definizione sia la più ampia possibile, si deve tuttavia riconoscere che lo spettro di malattie è tale da rendere impossibile un’ unica definizione e concettualizzazione di salute e QdV che appaia sensata e valida, indipendentemente dallo stadio e dai trattamenti.

Allo stato attuale dell’arte, è generalmente riconosciuto e accettato che la QdV sia un costrutto multi-dimensionale.

Le dimensioni che vengono studiate possono variare in base alla concettualizzazione di QdV proposta, tuttavia esiste un generale accordo perché ogni strumento di valutazione includa dimensioni quali lo stato fisico, emotivo, sociale e funzionale.

La misurazione della QdV è importante perché è un modo attraverso il quale si dà la parola al paziente. Il permettere al paziente di esprimersi favorisce a sua volta l’affermarsi di una cultura della medicina di tipo ippocratico, cioè di una cultura che vede la malattia come un processo che riguarda il paziente nella sua interezza, non solo quindi nella sua organicità ma anche nei suoi vissuti, nelle sue relazioni, nella sua storia.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell’anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell’Uliveto
Anno 2005-2006*

La misurazione della QdV permette quindi l'assunzione di un atteggiamento etico, dove la medicina si orienta sempre più ad interagire con persone e sempre meno a curare malattie.

È importante ricordare che nel favorire l'assunzione di un atteggiamento olistico in medicina, un ruolo importante è giocato dal fatto che oggi la Clinica deve convivere con un numero sempre maggiore di patologie croniche che, come tali, stimolano a vedere sempre più la persona nel paziente, dal momento che si cerca di migliorare la sua QdV più che di guarirlo. (G.Apolone, E.Ballatori, O.Mosconi, F.Roila "Misurare la qualità di vita in oncologia", Il pensiero scientifico editore Roma, 1997).

A questo proposito un contributo originale ci viene da un tipo di medicina definita appunto "*patient centred*", e consiste nella introduzione del concetto di "agenda del paziente" ovvero l'*illness*, (il vissuto di malattia), portato nella relazione con il curante. Dunque l'agenda del paziente è ciò che il malato porta con sé nel momento in cui richiede l'intervento di un professionista della salute in grado di aiutarlo.

È possibile identificare quattro categorie all'interno dell'agenda, quattro dimensioni principali in cui essa è organizzata:

1. La dimensione dei *sentimenti* del paziente;
2. la dimensione delle *idee e interpretazioni* di malattia;
3. la dimensione delle *aspettative e dei desideri* rispetto a ciò che dovrebbe essere fatto;
4. la dimensione del *contesto* familiare, sociale e lavorativo.

(E.A. Moja, E. Vegni "La visita medica centrata sul paziente" Raffaello Cortina Editore).

Parlando di **STRUMENTI DI VALUTAZIONE** si può concludere affermando che, nella valutazione della QdV, in contesti di malattia grave, vengono frequentemente inseriti items concernenti la presenza di sintomi disturbanti ed interferenti, in primis il dolore (numerosi esempi di strumenti di valutazione della QdV sono contenuti nel testo già citato "Misurare la qualità di vita in oncologia"); così come, nel tentativo di valutare il dolore cronico, definito infatti, non a caso, "globale", con un approccio di tipo olistico, si tenti di correlarlo ai diversi ambiti della vita del paziente sui quali esso inevitabilmente e diversamente influisce.

Elaborato

"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006

Il dolore, come abbiamo visto, è una esperienza multidimensionale, sono stati proposti modelli di questionari che prevedono due o tre dimensioni.

Alcune teorie suggeriscono un modello a tre dimensioni, sensoriale-discriminativa, motivazionale- affettiva e cognitivo-valutativa.

Altri modelli identificano nell' intensità e nella interferenza con le funzioni, le principali dimensioni del dolore.

Nella pratica clinica dobbiamo considerare che l'intensità del dolore, di per se stessa, può non essere sufficiente a valutare l'efficacia del trattamento e, inoltre, che è importante sapere quanto un dato dolore reca disturbo al paziente; qual'è il livello di dolore che può essere considerato tollerabile? Cosa corrisponde a un sollievo dal dolore soddisfacente? Quanto il dolore interferisce con la QdV? Dove il paziente vorrebbe collocarsi nel bilancio finale costo-beneficio tra sollievo dal dolore ed effetti collaterali?

Diversi strumenti sono disponibili per una valutazione multidimensionale del dolore: i più conosciuti sono il McGill Pain Questionnaire, il Brief Pain Inventory e la Memorial Pain Assessment Card (C. Martini, A. Caraceni "Valutazione del dolore").

Ci sono esperienze di valutazione della QdV del paziente e della famiglia, effettuate mediante l'impiego di un questionario settimanale STAS (Support Team Assesment Schedule), da compilare a cura dell' equipe multidisciplinare; un questionario di autocompilazione, naturalmente solo per i pazienti competenti, POS (Palliative Outcome Scale); in entrambe gli strumenti, diverse domande riguardano il dolore.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

LA RELAZIONE D'AIUTO COME CONDIZIONE FAVORENTE PER UNA MIGLIORE VALUTAZIONE DEL DOLORE

Nell'anziano lo stato di benessere e la qualità di vita sono spesso condizionati dall'interazione complessa di più problematiche di ordine medico, psicologico e sociale che predispongono ad una maggiore vulnerabilità e fragilità.

Nel corso dell'invecchiamento si assiste ad una progressiva riduzione delle capacità cognitive e funzionali che vede l'anziano maggiormente esposto a contrarre malattie o patologie invalidanti.

L'esperienza di malattia, che spesso viene vissuta dalla persona che invecchia assume la dimensione di "perdita". Il dolore rappresenta il sintomo più comune, divenendo esso stesso "malattia" nel caso di patologie croniche che rendono l'esistenza priva di significato e piena di sofferenza.

Tale condizione provoca nella persona anziana sentimenti di ansia, confusione in quanto essa percepisce la perdita della propria integrità psico-fisica, del proprio ruolo sociale e familiare.

Tutto ciò causa destabilizzazione, senso di abbandono, inquietudine e paura della morte. La complessità di questi aspetti induce a considerare il dolore come un "dolore globale" che va al di là dei bisogni fisici.

A tale scopo è necessario approcciarsi alla persona anziana con adeguate modalità relazionali che tengano conto della sua situazione emotiva e psicologica al fine di favorire una migliore valutazione del dolore in un contesto di cronicità.

La relazione d'aiuto permette di comprendere gli aspetti emotivi e i bisogni della persona attraverso un clima di ascolto.

Essa favorisce l'instaurarsi di "un'alleanza" tra operatore e paziente basata sull'empatia, la fiducia e la considerazione positiva incondizionata.

La fiducia si evolve nel tempo, non rappresenta qualcosa di scontato in quanto non è conquistata per sempre, ma la si può perdere in qualsiasi momento.

Una comunicazione autentica e congruente predispone un clima di fiducia.

L'empatia è intesa come "*la capacità di capire l'altro utilizzando la propria esperienza interiore*" (G. Contini, 1994).

Essa si colloca come strumento di comprensione e condivisione emotiva dell'altro.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Il concetto di “considerazione positiva incondizionata” indica l'accettazione delle esperienze positive e negative della persona senza giudizio.

Rogers (1989), afferma che *“il terapeuta sperimenta una condizione positiva incondizionata nella misura in cui sente di accettare con calore ogni aspetto dell'esistenza del cliente, in quanto parte essenziale di esso”*.

Spesso la persona anziana viene presa in carico dall'operatore dopo aver subito un lungo percorso di solitudine e isolamento sociale.

L'operatore dovrebbe creare un clima di fiducia attraverso una comunicazione efficace. La presenza di dolore cronico comporta sentimenti di ansia, paura e spesso rabbia che inibiscono la comunicazione creando una situazione conflittuale di chiusura.

La comunicazione costituisce il veicolo fondamentale per stabilire una relazione terapeutica e può essere “verbale” e “non verbale”.

Quest'ultima modalità include la gestualità, il tono della voce, la mimica del viso, la postura, ecc.

Tali elementi permettono all'operatore di reperire informazioni utili rispetto al livello di interesse, comprensione e disponibilità dell'anziano nei suoi confronti.

Una comunicazione efficace implica che vi sia coerenza tra la comunicazione verbale e non verbale, al fine di evitare situazioni di ambiguità e incongruenza che avrebbero un rimando negativo verso la persona anziana inibendo il clima di fiducia.

Nanetti (1996), afferma che, per una comunicazione efficace, occorre che competenze tecniche vengano interiorizzate consapevolmente nel proprio abituale agire comunicativo.

All'interno del processo comunicativo assistenziale riveste un ruolo importante la *“capacità di ascoltare”*.

Un ascolto efficace all'interno di una relazione favorisce la comprensione del significato del messaggio al di là delle parole.

Rogers(1991), sostiene che ascoltare *“Equivale a percepire non solo le parole, ma anche i pensieri, lo stato d'animo, il significato personale e perfino il significato più riposto e inconscio del messaggio che viene trasmesso dall'interlocutore”*.

Ascoltare attivamente una persona richiede un totale coinvolgimento nel mondo dell'altro attraverso il proprio pensiero e la propria affettività.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Di conseguenza sentirsi ascoltati favorisce un clima comunicativo ideale in cui la persona assume una posizione rilassata e diminuisce la tensione.

La situazione diventa più complessa se si parla di relazione col paziente anziano con deficit cognitivi o demenza.

L'approccio a questa tipologia di paziente comporta la necessità di un'adeguata conoscenza della patologia stessa e del decorso, in modo tale da affrontare l'eventuale manifestazione di disturbi del comportamento, tipici della malattia, con la modalità relazionale più idonea.

E' importante considerare che alcuni comportamenti di anziani affetti da demenza, sono spesso l'unica forma di comunicazione che riescono a proporre per esprimere i loro bisogni.

Watzlawick afferma che *“Ogni comportamento è comunicazione. E' impossibile non avere un comportamento. Quindi è impossibile non comunicare”*.

Anche in presenza di un grado avanzato di malattia deve essere mantenuta una comunicazione verbale.

E' opportuno verificare che non vi siano interferenze dovute ad eccessivi rumori perché questo renderebbe molto difficoltosa la comprensione da parte dell'anziano. Diventa quindi essenziale assumere un tono di voce moderato per evitare che egli percepisca sentimenti di rabbia o aggressività nei propri confronti.

E' necessario utilizzare frasi brevi e semplici per non creare disorientamento. Anche una gestualità comprensibile ed un'espressione del volto rassicurante possono favorire una maggiore adesione alla comunicazione.

Nella relazione non è da sottovalutare l'importanza dei sensi, in particolare il tatto, con il quale è possibile stabilire col paziente un contatto intimo e umano.

Toccare la persona attraverso un gesto di cura che si verifica nel pieno rispetto della sua volontà e delle sue caratteristiche, predispone un clima di fiducia.

Soprattutto nella condizione di malattia, gesti di cura frettolosi e fuggitivi possono essere vissuti con sofferenza, come umilianti e minacciosi dalla persona, la quale ha bisogno di essere accolta e ascoltata; *“la richiesta è quella di una mano che si posi, si soffermi, aspetti, rispettosa, in un tempo di accompagnamento che si modula lungo i modi e i ritmi del morire e della sofferenza ed è scandito dai desideri e bisogni del malato”*.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

E' conosciuta una "scienza dell' affettività" (haptonomia) che insegna come un contatto definito "psico-tattile" possa essere appreso; esso è in grado di restituire alla persona la percezione della propria integrità e dignità confermando il valore di unicità ed essenzialità dell' essere umano.

La relazione con la persona anziana con disturbi cognitivi e la gestione dei suoi bisogni, non esclude la collaborazione dei familiari al progetto terapeutico.

Essi rappresentano una risorsa molto preziosa per l'operatore che non conosce la storia del paziente, le sue abitudini, abilità e gusti che aveva prima della malattia; inoltre anche la persona malata ha la necessità di mantenere il suo contesto familiare e sociale per non cadere nell'isolamento.

Appare quindi indispensabile favorire il coinvolgimento e la partecipazione attiva della famiglia nel progetto di cura attraverso strumenti relazionali che tengano in considerazione il disagio e lo stato emotivo che l'evento "malattia" comporta .

In altre parole, la presa in carico da parte dell'operatore, dovrebbe avvenire oltre che per il paziente, anche per la sua famiglia.

Un passaggio particolarmente traumatico per la famiglia è costituito dall'eventualità di ricovero in strutture.

Spesso questo si verifica dopo un percorso difficile e problematico di "non accettazione della malattia" da parte della famiglia, che suscita sensi di colpa, fallimento e frustrazione, ma che rappresenta, a volte, "l'unica soluzione possibile".

In tale contesto, l'accoglienza dei familiari si realizza attraverso un atteggiamento empatico di apertura e disponibilità che consenta di accogliere i loro bisogni senza lasciare spazio al giudizio ed alimentare sensi di colpa.

Elaborato

"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

ETICA E DOLORE

Fino a poco tempo fa l'Italia occupava uno degli ultimi posti nel consumo terapeutico di analgesici e oppioidi, ma, fortunatamente, con l'inizio del XXI° secolo, il Piano Sanitario Nazionale si è proposto di migliorare la qualità di vita dei malati, investendo su un progetto intitolato "Un ospedale senza dolore".

Grazie ai progressi della medicina, infatti, sempre più persone convivono con le loro malattie, anziché soccombere ad esse. Di conseguenza, l'atteggiamento dei medici e degli altri operatori sanitari, si è dovuto adeguare al cambiamento.

E' un processo che richiede molto tempo e risorse, ma nella mente di chi lavora con i malati l'obiettivo è molto chiaro: combattere il dolore.

Nella provincia di Reggio Emilia, la USL, già da qualche anno, propone un corso di formazione sul tema delle Cure palliative e sulla terapia del dolore, ai quali partecipano medici di medicina generale, infermieri dei servizi territoriali. Ciò allo scopo di aggiornare le conoscenze sui farmaci, migliorare la valutazione delle condizioni dei pazienti e la capacità di gestire e controllare il delicato fenomeno "dolore".

La libertà dal dolore rimane uno dei più importanti bisogni primari della persona, ma anche uno dei più difficili a cui rispondere.

Questo perché il dolore è vissuto in modo diverso da ogni individuo per la sua unicità nell'esistenza.

Il dibattito etico nasce proprio dalla soggettività che interviene nel riconoscere e gestire questo fenomeno.

Quando la malattia si cronicizza, la maggior parte degli interventi assistenziali diventano di competenza infermieristica.

L'attenzione e la sensibilità della professione infermieristica a questo tema è testimoniato da alcuni articoli del Codice deontologico della professione infermieristica.

"L'infermiere è al servizio della vita dell'uomo, lo aiuta ad amare la vita, a superare la malattia, a sopportare la sofferenza e ad affrontare l'idea della morte" (art.1 Codice deontologico dell'infermiere, Federazione Nazionale IPASVI, 1999).

La posizione dell'infermiere è privilegiata rispetto a quella del medico grazie alla vicinanza ed al rapporto di quotidianità che si instaura con il malato.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

L'infermiere ha così modo di influenzare notevolmente il decorso della terapia antalgica rilevandone i sintomi.

Per fare questo "l'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali..." (art. 4 Codice deontologico dell'infermiere, Federazione Nazionale IPASVI, 1999).

Come unica soluzione e mezzo di conoscenza, ci si affida a noi stessi e alla nostra empatia; per la valutazione del dolore non ci si può fermare ad un'analisi fisica, perché altrettanto importanti sono le caratteristiche psicologiche e sociali della persona.

Il problema etico "naviga" nella soggettività umana: l'etica e la morale regolano le azioni degli individui.

Gli operatori sanitari agiscono per il bene di altre persone che, a causa delle loro malattie, non sono in grado di soddisfare i propri bisogni autonomamente.

La gestione del dolore è un argomento ancora poco trattato, che si è messo in evidenza solo negli ultimi anni grazie al progresso dei trattamenti delle malattie terminali, ma che sta acquistando sempre maggior interesse e importanza nella nostra vita.

I problemi da parte degli infermieri nascono quando le malattie alterano obiettività, lucidità o capacità di comunicazione del malato: quali strategie si adottano con i pazienti affetti da gravi cerebrolesioni? Ad un paziente che dice di provare dolore, è giusto somministrare una terapia placebo? Quali accorgimenti utilizzare con pazienti anziani affetti da demenza senile o morbo di Alzheimer? La scomparsa del dolore compensa sempre l'effetto dell'anestetico?

La concezione ed il significato attribuito al dolore, sono molto variabili in rapporto alla cultura di riferimento, sia sul piano antropologico che religioso.

Questo ha ripercussioni sulla valutazione e la gestione del dolore da parte della persona sofferente e degli operatori.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

INTERVENTI COMPLEMENTARI

Terapie complementari

Il National Institute for Health – USA, definisce le terapie complementari come “un ampio insieme di conoscenze che comprende modelli di cura, modalità, pratiche e le loro relative teorie e credenze, diverse da quelle intrinseche al sistema sanitario dominante di una particolare società o cultura, in un determinato periodo storico”.

Un incremento del ricorso a terapie complementari nel trattamento del dolore cronico è ormai innegabile anche se i dati disponibili in Italia sono scarsi e quelli desumibili dalla letteratura internazionale non del tutto esaustivi.

Il dolore, nella sua accezione ormai nota di esperienza multidimensionale, richiede una disponibilità di approccio terapeutico che sappia coniugare gli aspetti fisiologici, psicologici, culturali e sociali.

Il disagio (disease), inteso come entità scorporata dal contesto, così come definito dal modello biomedico, deve essere riconosciuto come “illness”, espressione dell’elaborazione della sofferenza individuale, che produce ed è portatore di significati peculiari per ogni persona che lo esperisca.

Solo una medicina sensibile (cioè non cieca e non sorda di fronte al mondo del malato), è in grado di affrontare una complessità che, nel caso del dolore, mette insieme situazioni di anticipazione, di suggestione, di ricordi delle esperienze passate.

Se il ricorso a pratiche cosiddette alternative è tanto diffuso, non è solo per la mancanza di un offerta corrispondente da parte della medicina convenzionale, ma forse soprattutto per una differenza qualitativa di approccio rispetto alla quale è innegabile che la medicina debba riconquistare il terreno del “mettersi in relazione” e del “prendersi cura, ”troppo spesso sacrificato all’oggettivazione ed alla tecnologia.

Va tuttavia riconosciuto che tale differenza qualitativa viene genericamente attribuita dai sostenitori ad un insieme variegato di interventi nei quali vengono a confluire senza le dovute distinzioni, veri e propri sistemi di medicina (agopuntura, omeopatia, erboristeria), approcci psicologici (tecniche cognitivo-comportamentali, ipnosi, evocazione di immagini positive), tecniche corporee (vari tipi di massaggio), insieme ad interventi,

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell’anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell’Uliveto
Anno 2005-2006*

rispetto ai quali, non solo non esiste evidenza di efficacia, ma che utilizzano un linguaggio più vicino alla magia ed all'esoterismo.

Identificare e classificare gli interventi complementari è dunque problematico per la vastità dei termini con cui vengono definite le "altre medicine", per l'ambiguità spesso sottesa a questi termini, per la presenza di ideologie e metodi molto diversi fra loro.

Cassileth, nell'"Alternative medicine Hand book", organizza le 53 terapie complementari prese in considerazione secondo le sette categorie riconosciute dal National Institute of Health-Office Alternative Medicine:

- Metodi tradizionali di guarigione
- Rimedi erboristici e dietetici
- Tecniche mente corpo
- Trattamenti biologici
- Lavoro sul corpo
- Utilizzo delle facoltà mentali per influenzare la guarigione
- Lavoro con l'energia

In Italia, la Commissione Affari Sociali, all'inizio di agosto 2000, ha concluso l'esame, in sede referente, del testo di legge sulle medicine non convenzionali che prevede l'integrazione con la medicina ufficiale di sette terapie: agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica, medicina tradizionale cinese, ayurveda.

Nello specifico, per quanto riguarda il problema del dolore cronico, l'University of Maryland School of Medicine's Center for Complementary Medicine Research di Baltimora, ha identificato l'agopuntura, l'omeopatia, le terapie manuali/manipolative e le terapie mente corpo, come le terapie complementari che offrono il maggior potenziale clinico di efficacia rispetto alle tre diagnosi di dolore cronico considerate a maggior impatto sociale ed economico ossia: mal di schiena, artriti e fibromialgia primaria.

I pazienti con questi problemi sarebbero, tra l'altro, tra i maggiori consumatori di terapie alternative.

Le sindromi da dolore cronico che più frequentemente vengono studiate in letteratura in relazione a trattamenti complementari, oltre alle tre sopra citate, risultano essere la cefalea intensiva, l'emicrania, il dolore dentario e facciale, il dolore iatrogeno, il dolore da cancro.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Gli interventi considerati con più frequenza comprendono (l'elenco non è esaustivo ed è riferito agli interventi di maggior interesse per gli infermieri):

- **TECNICHE COGNITIVO COMPORTAMENTALI**

- rilassamento muscolare progressivo di Jacobson
- Training autogeno di Shultz
- Rilassamento passivo con guided imagery (evocazione di immagini)
- Ipnosi
- Biofeedback
- Musicoterapica
- Meditazione
- Humor therapy

- **TECNICHE DI MODULAZIONE SENSORIALE**

- Tens (transcutaneous Elettrica Nerve Stimulation)
- Agopuntura
- Impacchi caldi e freddi
- Massaggio
- Massaggio shiatzu
- riflessologia

- **ALTRE TECNICHE**

- Tocco terapeutico
- Aromaterapia

I risultati di una metanalisi di Malone e Strube, che prendeva in considerazione le sindromi dolorose sopra citate, suggeriva che la risposta ai trattamenti considerati (training autogeno, biofeedback, tecniche cognitive, ipnosi, impacchi, rilassamento, Tens, placebo), fosse da attribuire non alle peculiarità del singolo trattamento, bensì alle caratteristiche che essi avevano in comune negli studi considerati.

Per esempio, l'identificazione dei fattori psicologici che aumentano il dolore, il contatto con un professionista empatico, la speranza e la fiducia nel sollievo del sintomo.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Nello stesso studio è sottolineato come la riduzione della paura e della depressione, associate al dolore, sia un obiettivo più realistico da perseguire con questi approcci rispetto alla riduzione del dolore in sé.

In effetti, la riduzione della paura e dell'ansia, che funzionano sempre come "cassa di risonanza" del dolore, sono spesso accompagnate da riferita diminuzione del sintomo fisico, diminuzione della tensione muscolare e sviluppo di "stili di coping" (capacità di adattamento dell'individuo alle nuove situazioni), che si accompagnano alla sensazione di maggior controllo degli eventi ed a un aumento della qualità di vita.

Vale la pena esaminare, seppur sommariamente, le ipotesi neurofisiologiche sul meccanismo d'azione di alcuni interventi complementari per non ricondurli esclusivamente alla dimensione relazionale.

Dopo il 1965, anno in cui Melzack e Wall pubblicarono la cosiddetta "teoria del cancello", nessuno ha più tentato di spiegare il dolore esclusivamente in termini di fattori periferici.

Questa teoria ha costretto la scienza ad accettare il cervello come un sistema che filtra, seleziona e modula l'afferenza sensoriale.

Nel contempo il midollo non è più visto come una stazione di trasmissione passiva, ma come sede di attività dinamiche, inibitorie, eccitatorie e modulatrici.

Ancora, gli studi più recenti, indicano che il cervello è in grado di generare, anche in assenza di input sensoriali, modelli di impulsi nervosi che provocano dolore cronico.

Le tecniche di modulazione sensoriale si pongono come obiettivo la modulazione degli input nocicettivi, in modo tale che un minor numero di informazioni nocicettive venga trasmesso a livello cerebrale.

E' questo il caso della Tens, degli impacchi caldi e freddi, di alcune tecniche di derivazione orientale come l'agopuntura, forse della riflessologia podalica e dello shiatsu.

Ecco che allora, al di là delle oggettive difficoltà di documentarne l'efficacia e di spiegare i meccanismi neuronali all'origine del sollievo che deriva dall'utilizzo di alcune tecniche, il ricorso ad esse risulta del tutto coerente, soprattutto in un ottica di sinergismo con le terapie convenzionali.

Il massaggio agisce con una stimolazione di recettori cutanei, promuove una condizione di rilassamento fisico e mentale agendo sulla tensione muscolare e sul

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

“distress” (disagio che deriva dalla incapacità ad affrontare una situazione di stress), che funzionano da “cassa di risonanza” del dolore.

Anche in questo senso deve essere considerato l'utilizzo della riflessologia podalica.

Tra le tecniche cognitive comportamentali alcune sono più propriamente cognitive, focalizzandosi sui processi percettivi e di pensiero ed includono tecniche per modificare modelli di pensiero automatici sul dolore e sulla sensazione soggettiva di “distress”.

Altre invece sono dirette a modificare la risposta comportamentale favorendo “stili di coping” efficaci per affrontare il dolore (apprendimento di tecniche di rilassamento, desensibilizzazione).

Gli obiettivi sono:

- Combattere il senso di demoralizzazione ed aiutare il paziente a cambiare la sua visione del dolore da opprimente a controllabile;
- Insegnare ai pazienti che esistono tecniche di “coping” e abilità che possono essere utilizzate per aiutarli a rispondere al dolore e ai problemi associati;
- Modificare la visione di sé, da passivo, reattivo e impotente, a attivo, con risorse e competente;
- Aiutare i pazienti a vedere la connessione tra pensieri, credenze e comportamenti e imparare a sostituire i pensieri automatici;
- Incrementare la stima di sé, valorizzando i risultati.

Musicoterapia

L'impiego della musica come intervento terapeutico si è ampiamente sviluppato dalla metà del ventesimo secolo, anche se, è esistito in diverse forme in varie culture per molti secoli.

Negli anni recenti l'uso della musica come intervento è più frequente e questo, in qualche misura, può riflettere l'interesse crescente per le terapie complementari.

La musica è stata utilizzata per i pazienti di tutte le età, dai neonati, ai bambini, agli adulti, agli anziani. È stata anche utilizzata in molte specialità sanitarie, come l'area critica, l'assistenza intensiva cardiologica, l'assistenza oncologica, ostetrica, geriatrica, palliativa ed anche nei dipartimenti non ospedalieri.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Alcuni studi avrebbero dimostrato che, l'ascolto di musica selezionata, in setting definiti, è in grado, in pazienti anziani, con deficit cognitivi, di ridurre in modo significativo gli episodi di aggressività e l'agitazione.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

I COSTI DEL DOLORE

Il prolungamento della durata della vita, sia pure con i suoi aspetti positivi, sta contribuendo all'aumento dei così detti "anziani fragili," vale a dire soggetti a rischio di perdita dell'autosufficienza, che si collocano nelle categorie dei settantenni - novantenni, ma non solo.

Questa realtà si prefigura come un problema da dover affrontare tra tempi brevi.

È opportuno, pertanto, che si cominci a pensare, non solo in modo teorico, ma anche concretamente, a modi per intervenire.

L'aumento degli anziani fragili comporta un notevole aumento dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale. Un soggetto a rischio di perdita dell'autonomia, che, per complicazioni o per una mancata prevenzione, giunge a perdere completamente l'autonomia, ha bisogno di cure maggiori.

Alcune stime valutano che, un ultra ottantenne in buone condizioni di salute, costa al Servizio Sanitario circa € 2.000/anno; in caso di perdita di autonomia il costo si decuplica o anche più, arrivando, o addirittura superando, i € 20.000.

Tenendo anche presenti i progressi che si sono avuti nell'ambito terapeutico e della diagnostica, negli ultimi dieci anni si è potuto intervenire su alcuni dei molti aspetti patologici che caratterizzano l'anziano fragile, con il risultato di un prolungamento della sopravvivenza di questi soggetti, sia pure in condizioni "pessime" dal punto di vista della qualità di vita.

Per avere una stima di quanto possa costare il dolore, è consigliabile utilizzare gli strumenti di studio previsti nei programmi di Farmacoeconomia, in cui si è diffuso il concetto di costo della malattia.

Nello specifico si può parlare di:

- Costi diretti: organizzativi, di prevenzione diagnosi, terapia, ricovero ospedaliero, assistenza, riabilitazione, spese sostenute dal paziente e dal familiare;
- Costi indiretti: mancati guadagni per assenze dal lavoro (malattie e inabilità), per supporti assistenziali, per necessità tecniche e costi psicologici;

A queste due fattispecie vanno aggiunti i costi sostenuti esternamente al settore sanitario da altri soggetti che non siano i malati o i familiari.

I risultati ottenuti dalla somministrazione di farmaci vanno misurati in:

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

- Effetti: esiti terapeutici, anni di vita guadagnati, giorni di inabilità pervenuti;
- Benefici: controllo del sintomo; un buon controllo del dolore in regime ospedaliero accorcia le degenze.

Questi ultimi sono suddivisibili in:

- Benefici diretti, corrispondenti al risparmio associato al minor consumo di risorse;
- Benefici indiretti, corrispondente al risparmio ottenuto dai malati ed ai familiari al tempo sottratto al lavoro;
- Utilità, rappresentato dai cambiamenti nella qualità della vita dei malati e dei familiari descrivibili mediante misure non monetarie ma in *quality-adjusted life-years*, cioè in anni di vita guadagnati ponderati per la qualità.

L'applicazione di questa tecnica di studio non va intesa come una risposta all'esigenza di consumare meno risorse, quanto di utilizzarle nella maniera migliore.

Pari interesse hanno i costi e i risultati ottenuti. In questo contesto è ancora il caso di segnalare il dovere deontologico e scientifico degli operatori sanitari, di porsi il problema del miglior utilizzo delle risorse disponibili, avendo come riferimento terapie e tecniche di comprovata efficacia.

In sostanza, per esempio, la domanda a cui un professionista serio dovrebbe rispondere potrebbe essere: "qual è il miglior piano di cura per il dolore lombare?" .

L'utilizzo delle evidenze ricavate da studi interdisciplinari che ricorrono a questi criteri di indagine, consente di individuare i costi prevalenti causati sia dal dolore che dal controllo del dolore.

Ma quali sono le conseguenze del dolore sull'uomo? Un malato con sofferenza persistente spesso è colpito da altre manifestazioni: le risposte emotive e comportamentali, sempre estremamente soggettive, si presentano ai sanitari attraverso le "maschere" del dolore, che indicano ai malati le modalità espressive permesse nel contesto culturale in cui ci si trova ad agire, sia esso un reparto ospedaliero, una casa, un ambulatorio.

La cultura dei soggetti, pazienti ed operatori, indica ciò che è "concesso" comunicare e manifestare, nonché le modalità di cura.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Il dolore, inoltre, come esperienza estremamente soggettiva e difficilmente comunicabile nella sua interezza, conduce il malato, per un verso, e l'infermiere, per l'altro, a confrontarsi con la perdita dell'autonomia, della felicità, dell'integrità, della sicurezza.

E a volte della stima e dignità. Come dorme, come si muove, come si alimenta, come pensa, come prega un uomo sofferente? Sovente, a causa di un sintomo, viene fortemente compromessa la qualità di vita del malato e dei familiari.

Parlando di alleanza contro il dolore, essa si esplica primariamente con i malati.

Di fronte all'enorme numero di malati con dolore, gli infermieri possono esercitare un ruolo importante.

C'è una sorta di "Patto tra infermieri e cittadini", un impegno adulto che eleva la professione, in base al quale gli infermieri si impegnano ad aiutare, a individuare i bisogni, a garantire risposte competenti, a rispettare la dignità e ad ascoltare.

La competenza dell'ascolto, della valutazione, dell'interpretazione, della presa di decisioni si fonde all'impegno nella lotta ai nostri pregiudizi, nell'aggiornamento professionale e nel saper modulare le variabili organizzative in funzioni della presenza dell'uomo sofferente: si tratta di competenze che vanno acquisite e costantemente esercitate.

Elaborato

"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

EVIDENCE BASED NURSING (EBN)

METODOLOGIA E RACCOMANDAZIONI

L'individuazione delle evidenze scientifiche relative alla valutazione e trattamento del dolore cronico nell'adulto, è stata effettuata mediante una ricerca su banche dati di linee guida: National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), Cochrane library, Medline.

Criteri di selezione

- Pazienti adulti
- Pubblicazioni dall'anno 2000 al 2005
- Selezione delle linee guida mediante AGREE
- Selezione delle raccomandazioni di maggiore forza (*)

Linee guida selezionate

Banca dati	Titolo	Anno pubblicaz.	Estensore
National Guideline Clearinghouse	Assessment and management of pain	2002 Nov	Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)
National Guideline Clearinghouse	The management of persistent pain in older persons	2002 Jun	American Geriatrics Society
National Guideline Clearinghouse	Pain management	2003	The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Control of Pain in Patients with Cancer	2000 Jun	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

(*) Gradi di evidenza e raccomandazioni

Organizzazioni come il Canadian Task Force on Preventive Health Care e più di 100 altri gruppi usano vari sistemi per codificare e comunicare il grado delle evidenze e raccomandazioni. Le principali codifiche comprendono 3 categorie: lettere (es, A, B, C, etc.), numeri (es, I, II, III, etc.) o un mix di numeri e lettere (es, Ia, Ib, IIa, etc.) o numeri e simboli (es. 1++, 1+, 2- etc.).

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Livello di evidenza

<i>Ia</i>	Evidenza ottenuta da meta-analisi di trials randomizzati e controllati
<i>Ib</i>	Evidenza ottenuta da almeno un trial randomizzato e controllato
<i>IIa</i>	Evidenza ottenuta almeno da uno studio sperimentale di buona qualità non randomizzato
<i>IIb</i>	Evidenza ottenuta almeno da un altro tipo di studio di buona qualità quasi sperimentale
<i>III</i>	Evidenza ottenuta da studi descrittivi, di comparazione, caso-controllo
<i>IV</i>	Evidenze basate sull'opinione di comitati di esperti, su opinioni di clinici

Forza delle raccomandazioni

A	Richiede almeno uno studio randomizzato e controllato a suo sostegno (<i>Evidence levels Ia, Ib</i>). Esistono forti indicazioni per applicare la pratica contenuta nella raccomandazione
B	Richiede il sostegno di studi clinici ben condotti ma non di trials clinici randomizzati. (<i>Evidence levels IIa, IIb, III</i>). Non esistono indicazioni chiare ed univoche per la applicazione della pratica contenuta nella raccomandazione
C	Richiede il sostegno di rapporti o di opinioni di comitati di esperti e/o di esperienze cliniche. Indica un'assenza di studi clinici direttamente applicabili di buona qualità. (<i>Evidence level IV</i>). Non esiste alcuna indicazione per la applicazione della pratica contenuta nella raccomandazione

Nella tabella successiva si è proceduto a valutare e selezionare le raccomandazioni, contenute nelle Linee guida reperite in letteratura, supportate dalle migliori evidenze.

I numeri e le lettere contenute in parentesi indicano livello di evidenza e forza delle raccomandazioni selezionate.

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

Linee guida	Estensore	Gradi di evidenza Forza delle raccomandazioni	Raccomandazioni
Assessment and management of pain	Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)	A, B, C	20(A),21(A),22(B),23(B),27(A),28(B), 29(A),30(B),31(A),32(B), 36(A),37(A), 41(B),43(A), 49(B),57(A),59(A),64(B), 65(A),66(A),78(A)
The management of persistent pain in older persons	American Geriatrics Society	Quality of Evidence A,B,C,D,E Strength of Evidence I,II,III	Assessment of persistent pain I(II B),II(II A),III A2(II A), III A4(II B),II B4(II A), III D(II A),III E(II B),III F(II A), III G(II A),III G1(II A),III G3(II A), III G4(II B),III G6(II A),III G7(II B), III G8(II B),IV A(II A), IV B(II A) Pharmacologic treatment I(IA),IV(II B),V(IA),VI(IA),VIA(IA), VIB(IA),VIB1(IA),VIB1b(II B), VIB2(IA),VIB2a(IA),VIB2c(II A), VIB3(IA),VIB3a(IA),VIB3b(IA), VIB4c(IA),VIB5(II B),VII(IA),VIIA(IA), VII B(IA),VIII(IA),VIII A(IA), VIII B2(IA),IX(IA),IX A(1B),IX C(IA), Nonpharmacologic strategies I(IA),IA(IA),IB(IA),ID(IA), III(IA),IV(IA),IV A(II A),V(IA),VC(IA) Raccomandations for health system that care for older persons I(II B),II(II B),III(II B),III B(II B),V(II B), VII(II B),VII B(II B).
Pain management	The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing		La linea guida non contiene alcuna specificazione in merito alla qualità delle evidenze ed alla forza delle raccomandazioni
Control of Pain in Patients with Cancer	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	A, B, C	Assessment of pain in patients with cancer (5racc.gradoB) Principles of management of pain in patients with cancer (1 racc. GradoA, 8 racc.grado B)

Altri articoli rilevanti selezionati

La ricerca di articoli e documenti è stata condotta mediante consultazione di testi e pubblicazioni, tramite internet, con ricerca libera su motore di ricerca.

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell’anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell’Uliveto
Anno 2005-2006

Banca dati	Titolo	Anno pubblicaz.	Estensore
Medline	Musculoskeletal pain and its socioeconomic implications	2002 Feb	Katz W.A..
Medline	Quality of life and treatment costs in patients with non-cancer chronic pain	2004 Nov	Colombo G.L., Carruggi M., Vinci M.
Medline	Economic evaluation of multidisciplinary pain management in chronic pain patients: a qualitative systematic review	2001	Bondegaard A., Sorensen J., Sjogren P., Eriksen J.
Medline	NOPPAIN: a nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia	2004	Lynn Snow A., Weber J.B.
Centro studi EBN Ospedale S.Orsola Bologna	Sistemi di valutazione del dolore	2000	Robb M.C., Montanari V.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell’anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell’Uliveto
Anno 2005-2006*

STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE E LORO APPLICABILITA'

Analizzare correttamente il dolore con strumenti di documentazione specifici ha lo scopo di rendere più oggettiva possibile la valutazione.

Gli strumenti per la valutazione del dolore sono molteplici, alcuni dei quali validati e tradotti anche in lingua italiana.

Il loro utilizzo più appropriato, fino ad oggi, è stato all'interno di specifici studi nel setting della ricerca clinica sul dolore.

Studi ad hoc hanno cercato di definire i tempi e la frequenza della somministrazione degli strumenti descritti, con riferimento preciso, per esempio, al dolore attuale o a quello medio delle ultime 24 ore o dell'ultima settimana.

LA MISURA DEL DOLORE NON È DATA DA QUANTO GLI ALTRI PENSANO CHE LA PERSONA SOFFRA, MA DA QUANTO IL MALATO DICE DI SOFFRIRE.

A questo criterio devono uniformarsi la valutazione e il trattamento.

L'**autovalutazione** del malato è il singolo indicatore più attendibile di intensità del dolore e non può essere sostituita dall'osservazione dei comportamenti e dalla rilevazione dei segni vitali.

I lamenti, le smorfie, i gesti, come quello di tirare una sonda o allontanare da sé una mano che tocca, i segni di iperattività del sistema nervoso periferico nel dolore acuto e le variazioni nel sonno o d'alimentazione nel dolore cronico, il pianto nel bambino e i cambiamenti nella continenza dell'anziano, suggeriscono la presenza di dolore; si possono analizzare e quantificare, ma non danno indicazioni certe sull'intensità del dolore.

Le scale per la misurazione del dolore di natura soggettiva possono essere: singole o multidimensionale

La valutazione dell'analgesia è fondamentale nella pratica quotidiana. Può essere chiesto al paziente di descrivere il dolore in termini di localizzazione ed intensità;

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

quest'ultima può venir valutata attraverso sistemi di punteggio soggettivi che implicano una stretta relazione infermiere-paziente.

Le scale per la valutazione del dolore più utilizzate dal personale infermieristico sono quelle soggettive di natura singola che comprendono:

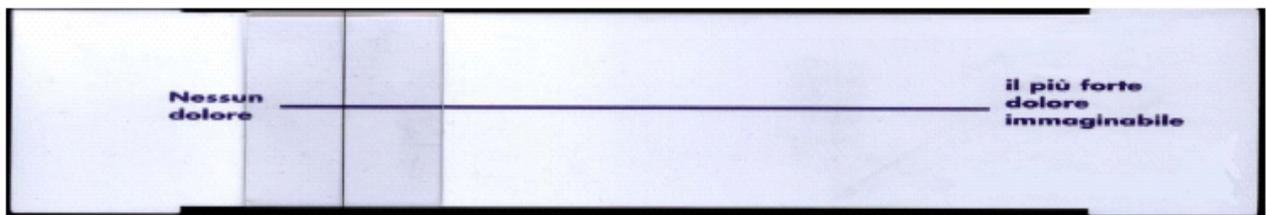
1. Scala analogica visiva (VAS);
2. Scala analogica cromatica continua;
3. Scala numerica;
4. Scala verbale;
5. Scala delle espressioni facciali (utile nei bambini).

Scala analogica visiva (VAS)

Questa scala lineare è la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che un paziente crede di avvertire.

Questa scala può assumere diverse forme, sia come scala del dolore che come scala di sollievo del dolore.

Esempio di VAS



L'ampiezza è rappresentata da una linea, solitamente lunga 10 cm, con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro.

La lunghezza ottimale per misurare il dolore sembra essere 10 cm. Un'estremità indica l'assenza di dolore, mentre l'altra rappresenta il peggiore dolore immaginabile. Altre varianti di VAS comprendono una linea numerata e calibrata lunga 10 cm, una serie di riquadri adiacenti, numerati da 0 a 10, oppure una rappresentazione grafica simile a un termometro.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

La scala viene compilata dal paziente, al quale viene chiesto di tracciare sulla linea un segno che rappresenti il livello di dolore provato. La distanza misurata in millimetri, partendo dall'estremità che indica l'assenza di dolore, rappresenta la misura della particolare modalità da quantificare.

Questa prova può essere facilmente ripetuta nel tempo. Questo tipo di stima offre il vantaggio della semplicità. E' ampiamente utilizzato ed è indipendente dal linguaggio. Viene facilmente compreso dalla maggior parte dei pazienti e può essere facilmente ripetuto. Anche i bambini di età superiore a 7 anni possono comprenderlo. E' ben più accurata di una scala di categorie verbali di sollievo del dolore, che offre termini descrittivi insufficienti per graduare criticamente il sollievo.

La VAS può essere utilizzata per valutare il dolore in momenti specifici, ma fornisce risultati più attendibili quando è limitata all'esperienza del dolore in corso piuttosto che al ricordo di un'esperienza precedente.

Fra i diversi tipi di VAS, la linea assoluta, ovvero non tratteggiata, è la meno sensibile agli errori.

Lo svantaggio di questo test sta nel fatto che tratta l'esperienza del dolore come se fosse monodimensionale ed evidenzia l'intensità senza riguardo per altri fattori.

Esiste la tendenza al raggruppamento in prossimità dei numeri centrali, con una maggiore riproducibilità agli estremi della linea e nel punto mediano.

Un'altra critica riguarda i limiti imposti con gli estremi assoluti. Sebbene "l'assenza di dolore" o "il sollievo completo" siano inconfutabilmente una misura assoluta, l'altro estremo non può essere considerato tale. "Il peggiore dolore immaginabile" non lascia spazio a un dolore persino peggiore in un momento successivo.

Non tutti i pazienti possono eseguire una VAS (ad esempio nell'immediato postoperatorio), e il tasso di insuccessi è del 7%. Le risposte alla VAS sono influenzabili da diversi fattori che riguardano le condizioni psicofisiche.

L'esecuzione richiede una certa coordinazione visiva e motoria.

Una variante della VAS è la scala di sollievo del dolore, per la quale gli estremi definiscono appunto il grado di sollievo.

Al paziente viene chiesto di segnare, sulla linea fra i due estremi, l'entità del dolore rispetto a un momento precedente.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Nessun sollievo 0% -----100% Sollievo completo

Ha delle varianti adatte per i bambini, quella con una serie di espressioni facciali che vanno dal viso sorridente al pianto, e per le persone con difficoltà cognitive (scala dei grigi).

La presenza di una di queste scale nella documentazione clinica è considerato un fattore fondamentale di qualità dell'assistenza dei malati con dolore.

Vantaggi: comprende un infinito numero di punti tra gli estremi della scala. Ciò aumenta la possibilità di misurare anche le più piccole variazioni dell'intensità dolorosa.

Svantaggi: per essere utilizzata deve essere presentata visivamente al paziente e necessita di un supporto cartaceo, per cui non è possibile usarla con persone che abbiano gravi compromissioni visive, cognitive o fisiche. Nella pratica la VAS può essere influenzata dalla personalità, dall'umore, dall'età e dalla cultura del paziente stesso.

Scala numerica verbale (VNS)

La scala numerica verbale è una semplice scala di valutazione del dolore, molto simile alla VAS. E' lineare e ha con quest'ultima una buona concordanza. La VNS viene facilmente compresa dal paziente che sceglie semplicemente un numero fra 0 e 10 per rappresentare il livello di dolore.

Figura 2 **Esempio di Scala numerica**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nessun dolore					Il più forte dolore immaginabile					
Lieve				Moderato			Severo			
0-4				5-6			7-10			

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

La VNS elimina la necessità della coordinazione visiva e motoria richiesta per eseguire la VAS e offre quindi maggiori possibilità di completamento.

Sembra più utile della VAS per la misurazione nell'immediato periodo postoperatorio. L'insuccesso nel completare la scala è nell'ordine del 2%.

Un'altra scala di sollievo del dolore costituisce una variante della scala numerica verbale. Gli estremi definiscono il grado di sollievo del dolore;

lo zero indica nessun sollievo, mentre il dieci indica un sollievo completo.

Vantaggi: la NRS può essere usata quando le condizioni cognitive e fisiche del paziente non permettono l'utilizzo della VAS, può essere infatti somministrata senza bisogno di supporti cartacei.

Svantaggi: difficoltà nel dover tradurre la complessità della sensazione dolorosa in un numero o cifra rischiando spesso di semplificarla.

Scala di valutazione verbale (VRS)

Questo tipo di scala è la più semplice, e ha la maggiore probabilità di completamento, in quanto molti pazienti preferiscono le scale verbali a quelle analogiche visive o numeriche.

Esempio di Scala Verbale (VRS)

<input type="checkbox"/> Nessun dolore <input type="checkbox"/> Molto lieve <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Molto forte
--

Le scale definiscono l'intensità del dolore come lieve, moderato, grave o assente; oppure: dolore assente, lieve, fastidioso, penoso, orribile e atroce. Sono semplici e agevoli 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.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

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.

Vantaggi: è una scala molto semplice nel suo utilizzo: i suoi aggettivi aiutano a misurare e a descrivere qualitativamente l'intensità dolorosa.

Svantaggi: è uno strumento poco sensibile perché è costituito da 3 o 4 intervalli compresi tra due limiti ed è impossibile utilizzare descrizioni intermedie.

Scala delle espressioni facciali

Valutare e trattare il dolore nel bambino implica di rispondere almeno a 4 domande essenziali:

- Il bambino ha dolore?
- Qual è l'intensità del dolore?
- Qual è il meccanismo alla base?
- Di quali mezzi disponiamo per contrastarlo?

La misurazione del dolore nei bambini è più difficile. I bambini non hanno la competenza verbale e la comprensione concettuale degli adulti, né tanto meno sono in grado di compilare una scala analogica visiva prima dei 7 anni.

I metodi oggettivi di raccolta dei dati risultano molto più attendibili che negli adulti. Un metodo non verbale innovativo è costituito dalla scala di espressioni facciali. Queste scale consistono generalmente in una serie di disegni raffiguranti diverse espressioni facciali, che rappresentano le variazioni di gravità del dolore.

Il bambino è chiamato a valutare il suo dolore scegliendo il disegno che rappresenta il livello della propria esperienza dolorosa.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*



Si può inoltre proporre al bambino di raffigurare, su un uomo schematicamente disegnato, le sue zone di dolore.

Si chiede al bambino di stabilire una scala scegliendo colori diversi per rappresentare il dolore leggero, il dolore medio, quello forte e quello estremamente forte. Poi, con l'aiuto di questi quattro colori, gli viene chiesto di disegnare com'è il suo dolore.

Si è spesso sorpresi della qualità delle informazioni date dal bambino. Non solo la diagnosi del dolore, ma anche quella della sua eziologia possono trarre beneficio da tale metodo, in particolare quando i dolori interessano differenti punti del corpo.

Misure soggettive multidimensionali

Comprendono:

- **il diario del dolore**, cioè l'esposizione personale orale o scritta con annotazione del dolore in relazione ad esperienze e comportamenti quotidiani;
- **le mappe del dolore**, che consistono in un diagramma che rappresenta una figura umana sul quale sono riportate la sede e l'irradiazione del dolore avvertito;
- **i questionari**, composti da un elenco di parole che descrivono la dimensione affettiva, sensoriale, e cognitiva del dolore;
- **le scale**, che danno una indicazione numerica.

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Ciascuna misura ha vantaggi e limiti; ad esempio il limite principale dei questionari è di essere lunghi ed utilizzare termini non conosciuti, che non rientrano nel linguaggio comune.

Un mezzo semplice ed efficace è lo **schema di intervista PQRST**, facile da ricordare perché richiama le onde dell'elettrocardiogramma (Tabella 1):

- ✓ cosa lo provoca (e cosa lo allevia);
- ✓ qualità (punge, strappa, opprime);
- ✓ irradiazione (dov'è e dove si irradia);
- ✓ severità o intensità;
- ✓ tempo (continuo, discontinuo, si accentua di notte) .

Schema PQRST per valutare il dolore	
Caratteristica del dolore	Domanda da porre al paziente
Provocato da	Cosa lo fa peggiorare? Cosa lo fa migliorare?
Qualità	A cosa assomiglia?
IRradiazione	Dov'è il dolore? Dove si sposta?
Severità	Quanto è forte?
Tempo	C'è sempre o va e viene?

Vantaggi: possiede una potenziale possibilità di aiutare nella diagnosi differenziale, tale potenzialità può essere invalidata da alti livelli di ansia e altri disturbi psicologici che possono produrre un alto punteggio della dimensione affettiva.

Svantaggi: presuppone un livello culturale buono nei pazienti cui viene somministrato. Sebbene esista una versione ridotta dello strumento, il tempo richiesto per la sua compilazione varia da 5 a 20 minuti; in alcune condizioni fisiche e psicologiche il tempo può diventare un ostacolo alla compilazione.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Va sottolineato che gli strumenti di valutazione rappresentano senza dubbio un valido supporto per l'assistenza, per cercare di comprendere il dolore, ma una positiva relazione interpersonale costituisce un insostituibile punto di partenza.

Diario del dolore



Un modo per valutare i comportamenti da dolore è di chiedere ai pazienti di tenere un diario delle loro attività. Solitamente i pazienti registrano il numero di volte che compiono delle attività specifiche (ad esempio, sedere, camminare, stare distesi o in piedi) e quanto tempo dedicano ad esse.

Il diario del dolore è una esposizione personale, orale o scritta, delle esperienze e del comportamento giornaliero. Viene usualmente adoperato nei reparti di terapia del dolore o a casa e può aiutare i medici nella diagnosi.

Queste relazioni sono solitamente attendibili e rappresentano un metodo soddisfacente per valutare giornalmente i mutamenti delle condizioni patologiche e la risposta alla terapia.

Questo tipo di misurazione dipende da un'accurata registrazione, da parte del paziente, delle comuni attività quotidiane.

Al paziente viene chiesto di annotare l'intensità del dolore, specie in relazione a particolari comportamenti, quali:

- ✓ Attività quotidiane, come sedersi, alzarsi e distendersi, ecc;
- ✓ Tipo di sonno;
- ✓ Attività sessuale;
- ✓ Compiti specifici;
- ✓ Farmaci analgesici assunti;
- ✓ Attività domestiche eseguite;
- ✓ Attività ricreative svolte;
- ✓ Pasti assunti.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Le informazioni raccolte da un diario del dolore possono essere utilizzate nella ricerca clinica. Esse rappresentano una catalogazione più accurata della reale assunzione di farmaci rispetto al richiamo della memoria, considerando che un paziente che si basa solo sulla propria memoria, per ricordare il consumo di farmaci tenderà, in genere, a sottostimare tale consumo, specie se il farmaco è un narcotico oppure, al contrario, a riferire un maggior uso per protagonismo o questioni legali o assicurativi.

Le mappe del dolore

Mediante le mappe del dolore, viene chiesto ai pazienti di segnare, (anche con matite colorate), le parti di una figura umana o di un diagramma, nelle quali viene avvertito il dolore in uno specifico momento.

I bambini oltre gli 8 anni possono eseguire attendibilmente e validamente questo test. La mappa può essere utile per valutare sede e distribuzione del dolore e rappresenta una registrazione definitiva nella cartella clinica del paziente.

Le mappe del dolore possono essere utilizzate anche per valutare le variazioni del dolore in risposta alla cura. E' stato suggerito che una rappresentazione visiva può aiutare il medico nella diagnosi e nella scelta terapeutica.

Questo test, come misura percentuale della superficie corporea colpita e della sede del dolore, può essere facilmente utilizzato da personale non specializzato e offre un elevato grado di ripetibilità nel tempo.

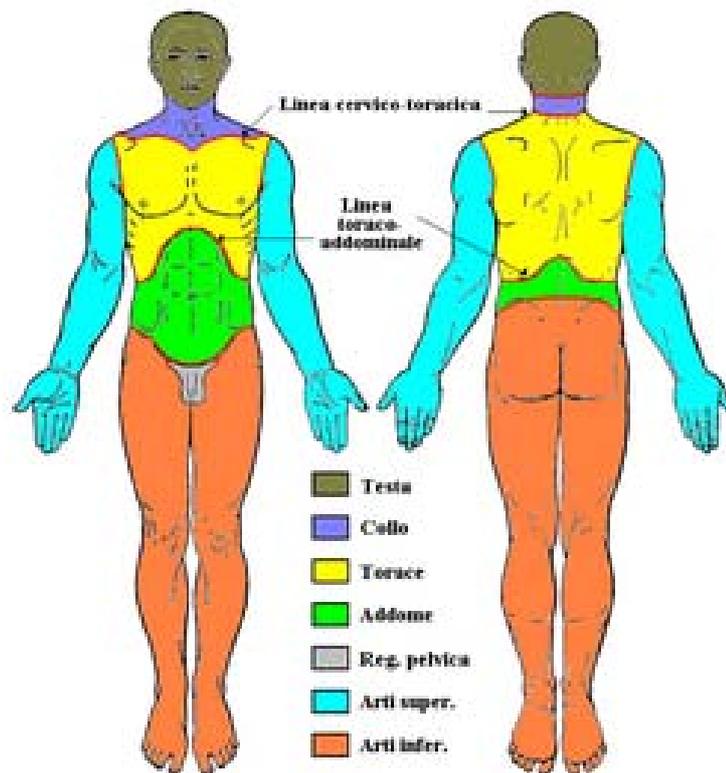
Nei bambini più piccoli è precluso l'uso dell'autodescrizione verbale dell'esperienza di dolore e del comportamento a esso associato, e quindi assumono rilevanza le tecniche non verbali o di osservazione del comportamento.

Le mappe del dolore sono utili nella valutazione della sede e della distribuzione del dolore, ma presentano certi limiti. Esse non misurano la reale intensità del dolore.

Lo strumento è inadeguato per la misurazione del dolore in certe zone, per esempio nelle cefalee. Certamente esiste la necessità di criteri più obiettivi per la valutazione delle mappe, per evitare una sovrastima e per determinare il reale rapporto tra il significato della mappa e la sofferenza psicologica.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell’anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell’Uliveto
Anno 2005-2006*



Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell’anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell’Uliveto

Anno 2005-2006

LINEE GUIDA E MIGLIORI RACCOMANDAZIONI SELEZIONATE

Linea guida

“Assessment and management of pain”

Estensore

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), 2002

Raccomandazione n° 20 (A)

Fornire all'individuo e alla famiglia/persona di riferimento una copia del piano di cura per promuovere la loro decision-making e l'attivo coinvolgimento nella gestione del dolore.

Il piano sarà modificato secondo i risultati di valutazione e rivalutazione. Le modifiche al piano di cura saranno documentate e comunicate a tutte le persone coinvolte nella realizzazione del piano.

Raccomandazione n°21 (A)

Assicurarsi che la scelta degli analgesici sia personalizzata, tenendo presente:

- Il tipo di dolore (acuto o cronico, nocicettivo e/o neuropatico)
- Intensità del dolore
- Potenziale tossicità degli analgesici (età, ridotta funzione renale, ulcera peptica, trombocitopenia)
- Condizioni generali della persona
- Condizioni mediche concomitanti
- Risposta alla precedente o presente medicazione
- Costo della persona e della famiglia
- Luogo di cura

Raccomandazione n°22 (B)

La via intramuscolare non è consigliata per adulti o neonati/bambini perché è dolorosa e non affidabile.

Raccomandazione n° 23 (B)

Si consiglia l'utilizzo dell'approccio “per gradi” nel suggerire la scelta di un analgesico adeguato all'intensità del dolore:

- L'uso della Scala Analgesica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) è consigliata per il trattamento del dolore cronico da cancro.
- La gestione farmacologica del dolore post-operatorio da debole a moderato inizia con l'acetaminofene o farmaci anti-infiammatori non steroidei.

Raccomandazione n° 25 (A)

Riconoscere che l'acetaminofene o non steroidei, farmaci anti-infiammatori sono usati nel trattamento del dolore debole e in specifici tipi di dolore come adiuvanti analgesici, se non controindicati.

Raccomandazione n° 26 (B)

Riconoscere che i farmaci adiuvanti sono importanti supporti nel trattamento di specifici tipi di dolore.

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

- Farmaci adiuvanti come anticonvulsivi e antidepressivi procurano analgesia indipendente per specifici tipi di dolore.
- Ulteriore precauzione è necessaria nella somministrazione di farmaci antidepressivi e anticonvulsivi agli anziani che possono andare incontro ad effetti collaterali da anticolinergici e sedativi.
-

Raccomandazione n°27 (A)

Riconoscere che gli oppioidi sono usati per il trattamento del dolore da moderato a grave, se non controindicati, tenendo in considerazione:

- La precedente dose di analgesici
- La precedente storia di oppioidi
- Frequenza della somministrazione
- Via della somministrazione
- Incidenza e severità degli effetti collaterali
- Potenziali effetti collaterali legati all'età
- Funzione renale

Raccomandazione n°28 (B)

Si tenga conto dei seguenti principi farmacologici nell'uso degli oppioidi per il trattamento del dolore grave:

- Farmaci ad attività mista agonisti-antagonisti (es. pentazocine) non vanno somministrati con oppioidi perché la combinazione può affrettare una sindrome da astinenza e un aumento del dolore.
- Gli anziani generalmente raggiungono punte più alte e di più lunga durata di azione dagli analgesici rispetto a individui più giovani, così il dosaggio dovrebbe essere iniziato alla dose più bassa e aumentare lentamente (careful titration)
- Speciali precauzioni sono necessarie nell'uso di oppioidi nei neonati o infanti sotto i sei mesi di vita. Le dosi dei farmaci, includendo quelle per anestesia locale, dovrebbero essere calcolate attentamente basandosi sulla presente o più appropriato peso del neonato. Le dosi iniziali non dovrebbero eccedere dalla quantità massima raccomandata.

Raccomandazione n°29 (A)

Riconoscere che la Meperidina è controindicata nel trattamento del dolore cronico.

- La Meperidina non è consigliata nel dolore cronico dovuto all'accumulo del metabolita tossico normoperidene, il quale può causare crisi e disforia.
- La Meperidina può essere usata in situazioni di dolore acuto per periodi molto brevi in individui altrimenti sani che non hanno dimostrato un'insolita reazione (es. rilascio locale di istamine, alla zona di infusione) o risposta allergica ad altri oppioidi come morfina e idromorfone.
- La Meperidina è controindicata in pazienti con alterata funzione renale.

Raccomandazione n° 30 (B)

Assicurarsi che la frequenza di somministrazione dell'analgesico sia adeguata alle caratteristiche personali dell'individuo, la farmacologia (es. durata dell'azione, effetto massimo e emivita) e la via di somministrazione.

Raccomandazione n°31 (A)

Riconoscere che gli oppioidi dovrebbero essere somministrati ad orari regolari secondo il tempo di azione e in relazione all'aspettativa riguardante la durata del dolore grave:

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

- Se il dolore grave è previsto per 48 h nel post-operatorio, la somministrazione routinaria può essere necessaria per quel periodo di tempo. Nel tardo corso post-operatorio gli analgesici possono essere efficaci dati al bisogno.
- Nel dolore cronico da cancro, gli oppioidi sono somministrati ad orari prestabiliti, secondo la loro durata di azione.
- Gli oppioidi a lunga durata sono più appropriati quando le dosi richieste sono stabili.

Raccomandazione n°32 (B)

Si consiglia l'utilizzo dei principi per il dosaggio specifici per il tipo di dolore per raggiungere la dose analgesica che allevi il dolore con un minimo di effetti collaterali, secondo:

- Causa del dolore
- Risposta dell'individuo alla terapia
- Condizioni cliniche
- L'uso concomitante di farmaci
- Inizio dell'effetto e relativo picco
- Durata dell'azione analgesica
- Età
- Conoscenza della farmacocinetica e farmacodinamica dei farmaci somministrati. Le dosi vengono generalmente aumentate ogni 24h nelle persone con dolore cronico che sono trattate con farmaci a rilascio immediato e ogni 48h nelle persone che ricevono oppioidi a rilascio controllato. Fa eccezione a questo il Fentanyl transdermico, il quale può essere modificato ogni 3gg.

Raccomandazione n°36 (A)

Riconoscere la differenza tra la dipendenza fisica – psichica, la tolleranza in modo tale da far sì che questa evenienza non rappresenti un ostacolo per un controllo ottimale del dolore.

Raccomandazione n° 37 (A)

E' necessario monitorare le persone che assumono oppioidi che sono ad alto rischio di depressione respiratoria riconoscendo che gli oppioidi utilizzati per le persone senza dolore, o con dosi superiori rispetto quelle necessarie per il controllo del dolore, possono rallentare o arrestare il respiro.

- La depressione respiratoria si sviluppa meno frequentemente in individui che hanno le loro dosi di oppioidi dosate appropriatamente. Quelli che stanno assumendo oppioidi da un periodo di tempo per il controllo del dolore cronico o da cancro è improbabile che sviluppino questo sintomo.
- Il rischio di depressione respiratoria aumenta con la somministrazione di oppioidi in endovena o epidurale, con un rapido aumento della dose, o per disfunzione renale.

Raccomandazione n° 41 (B)

Prevenire e monitorare individui che assumono oppioidi per i comuni effetti collaterali, per esempio nausea e vomito, costipazione e sonnolenza e istituire un trattamento profilattico appropriato.

Raccomandazione n° 43 (A)

Riconoscere e trattare tutte le potenziali cause di effetti collaterali prendendo in considerazione medicazioni che potenziano gli effetti collaterali degli oppioidi:

- Sedazione – sedativi, tranquillanti, antiemetici
- Ipotensione posturale - -antiipertensivi, tricyclici
- Confusione – fenotiazine, tricyclici, antistaminici e altri anticolinergici.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Raccomandazione n°49 (B)

Istituire misure profilattiche per il trattamento della costipazione a meno che controindicati, e monitorare costantemente gli effetti collaterali.

- I lassativi dovrebbero essere prescritti e aumentati come necessità di ottenere l'effetto desiderato come una misura preventiva per individui che ricevono giornalmente gli oppioidi.
- I lassativi osmotici emollienti fecali promuovono la peristalsi e possono essere una efficace alternativa per individui che trovano difficile tollerare una crescente quantità di compresse.

Raccomandazione n°57 (A)

Fornire la persona e i loro famigliari/persona di riferimento di informazioni riguardo il dolore e le misure adottate per trattarlo, con particolare attenzione a correggere miti e strategie per la prevenzione e il trattamento degli effetti collaterali.

Raccomandazione n°59 (A)

Chiarire la differenza tra dipendenza , tolleranza e dipendenza fisica per diminuire la sfiducia che può impedire l'uso corretto di metodi farmacologici per la gestione del dolore.

- Dipendenza (dipendenza psicologica) non è la dipendenza fisica o la tolleranza ed è rara in persone che assumono oppioidi per il dolore cronico.
- Persone che usano oppioidi per il controllo del dolore cronico di base può manifestare segni di tolleranza che richiedono ulteriore modifica del dosaggio. Comunque, la tolleranza di solito non è un problema e le persone possono assumere la stessa dose per anni.
- Persone che non hanno più bisogno di un oppioide dopo un uso a lungo termine devono ridurre la loro dose lentamente in un arco di tempo di diverse settimane per prevenire i sintomi di astinenza causati dalla dipendenza fisica.

Raccomandazione n°64 (B)

Attuare interventi psicosociali per facilitare l'individua e la famiglia a gestire il trattamento.

Raccomandazione n° 65 (A)

Istituire interventi psico-educativi come parte del complessivo piano di trattamento per la gestione del dolore.

Raccomandazione n° 66 (A)

Riconoscere che strategie cognitivo-comportamentali combinate con un approccio riabilitativi multidisciplinari sono importanti strategie per il trattamento del dolore cronico non maligno.

Raccomandazione n° 78 (A)

- Nel pianificare strategie educative, considerare i metodi più efficaci per la divulgazione e l'attuazione delle linee guida. Questi metodi senza essere limitati comprendono:
 - L'uso del modello comportamentale cambia la guida di sviluppo delle strategie di attuazione.
 - L'uso di una combinazione di strategie per influenzare il cambiamento nella pratica
 - Disegnare strategie di attuazione che prendono in considerazione l'influenza dell'ambiente.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

Linea guida

“The management of persistent pain in older person”

Estensore

American Geriatrics Society, June 2002

- I. Al momento della presentazione o accettazione di ogni paziente più anziano a qualsiasi servizio sanitario, un professionista sanitario dovrebbe valutare il paziente in relazione a segni evidenti, prove di dolore persistente. **(IIB)**
- II. Qualsiasi dolore persistente che abbia un impatto sulle funzioni fisiche, psicosociali o su altri aspetti della qualità della vita dovrebbe essere riconosciuto come problema significativo. **(IIB)**
- III.
 - A. Storia
 1.
 2. La valutazione iniziale dovrebbe includere una descrizione del dolore in relazione ad un indebolimento, peggioramento nelle funzioni fisiche e sociali (esempio attività di vita quotidiana (ADLs), attività strumentali di vita quotidiana (IALDs), il sonno, l'appetito, la forza fisica, l'esercizio fisico, lo stato d'animo, le funzioni cognitive, i problemi interpersonali e intimi, le attività sociali e di svago e complessivamente la qualità della vita). **(IIA)**
 3.
 4. L'atteggiamento e le credenze del pz. riguardo il dolore e la sua gestione, così come la conoscenza delle strategie di gestione del dolore, dovrebbe essere valutate. **(IIB)**
 5.
 6.
 - B. Esame fisico
 4. La valutazione iniziale dovrebbe includere l'osservazione delle funzioni fisiche (esempio misure di ADLs, misure di esecuzione, azione come il grado di movimento o il test di spinte, o altri). **(IIA)**
 - C.
 - D. La valutazione iniziale dovrebbe includere la valutazione delle funzioni psicologiche, compreso lo stato d'animo (esempio depressione, ansia), l'auto efficacia, l'abilità di far fronte al dolore, la debolezza, le paure relative al dolore. **(IIA)**
 - E. La valutazione iniziale dovrebbe includere la valutazione del supporto sociale, caregiver, relazioni familiari, storia lavorativa, dell'ambiente culturale, della spiritualità, dell'accessibilità al servizio sanitario. **(IIB)**
 - F. La funzione cognitiva dovrebbe essere valutata ad un nuovo turbamento o ad un peggioramento di uno stato già esistente. **(IIA)**
 - G. per l'adulto più anziano, che è cognitivamente integro o che ha una lieve/moderata, il professionista dovrebbe tentare di valutare il dolore facendo domande direttamente al pz. **(IIA)**
 1. Le stime quantitative del dolore basate sulle impressioni cliniche o su relazioni delegate non dovrebbero essere usate come sostituti della propria relazione a meno che il paziente non sia in grado di comunicare il suo dolore. **(IIA)**
 2. Una valutazione quantitativa del dolore dovrebbe essere registrata, memorizzata attraverso l'uso di una scala del dolore standard che sia sensibile ad un peggioramento cognitivo, del linguaggio e sensoriale (scale adattate per rilevare il linguaggio visivo, uditivo, e straniero o altri handicap comuni nelle persone anziane). Una varietà di scale che descrivono il linguaggio orale, termometri del dolore, scale di valutazione numerica e scale del dolore facciale hanno una validità soddisfacente e sono accettabili per molti adulti anziani. (vedere fig.1 nel documento originale contenente le linee guida, per gli esempi di alcune delle scale di intensità del dolore comunemente usate). **(IIA)**

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

4. L'uso di uno strumento del dolore multidimensionale che valuta il dolore in relazione ad altri ambiti, (es. the Pain disability index – indice di invalidità da dolore o Brief Pain Inventory – inventario del dolore breve) dovrebbe essere preso in considerazione. **(IIB)**
 6. I pz. dovrebbero essere indagato sui sintomi e segni che possono indicare il dolore, compresi i recenti cambiamenti nelle attività e nello status funzionale; dovrebbero anche essere osservati in merito ai comportamenti verbali e non verbali relativi al dolore e ai cambiamenti del normale funzionamento. (vedere la tabella 3 nel documento originale contenente le linee guida, per alcuni comuni indicatori del dolore). **(IIA)**
 7. Ai pz può essere chiesto di esprimere l'esperienza peggiore riguardo le passate settimane .
 - 8 .In caso di lieve/moderato peggioramento cognitivo, le domande di valutazione dovrebbero essere formulate nel tempo presente (tempo grammaticale) perché è probabile che i pz. abbiano una diminuita capacità di ricordare.**(IB)**
- IV. In caso di adulti anziani con moderata/grave demenza o che non fanno uso della parola. Il professionista dovrebbe sforzarsi di valutare il dolore attraverso l'osservazione diretta o la storia, il passato da parte del care giver. (Vedere Fig.2 nel documento originale contenente le linee guida, per un algoritmo che valuta il dolore nelle persone con danno cognitivo.)
- A. i pz.dovrebbero essere osservati per determinare l'evidenza di comportamenti relativi al dolore durante i movimenti (es. mentre camminiamo, nelle cure mattutine, negli spostamenti) . **(IIA)**
 - B. un comportamento insolito in un pz. con demenza acuta dovrebbe dare l'avvio ad una valutazione del dolore come potenziale causa.**(IIA)**

Specifiche raccomandazioni: il trattamento farmacologico (qualità e forza delle indicazioni di evidenza seguono ogni raccomandazione):

- I . tutti i pz. anziani con una ridotta funzione o diminuita qualità di vita come risultato di dolore persistente sono candidati alla terapia farmacologia.**(IA)**
- IV. L'acetaminofene dovrebbe essere il primo farmaco da considerare nel trattamento del dolore lieve / moderato di origine muscoloscheletrico.**(IB)**
- V. Il tradizionale (non selettivo) NSAIDs dovrebbe essere evitato nel trattamento di pz. che richiedono una terapia analgesica quotidiana a lungo termine. Gli agenti selettivi COX – 2 o i salicilati non acetitati sono scelti per i pz. anziani che richiedono NSAIDs. **(IA)**
- VI. I farmaci analgesici oppioidi possono aiutare ad alleviare il dolore da moderato a grave, specialmente il dolore nocicettivo. **(IA)**
 - A. In caso di dolore episodico (non Continuo) gli oppioidi dovrebbero essere prescritti al bisogno piuttosto che ad orari. **(IA)**
 - B. Le prescrizioni analgesiche a lunga azione o a rilascio prolungato dovrebbero essere impiegate in caso di dolore continuo. **(IA)**
 1. Il dolore penetrante dovrebbe essere identificato dall'uso di farmaci a rapido inizio dell'effetto, preparazioni ad azione breve. Ci sono tre tipi di dolore penetrante:
 - a.
 - b. il dolore episodico è solitamente causato da attività che possono essere anticipate o pretrattate. **(IB)**
 2. Il dosaggio dovrebbe essere seguito attentamente.**(IA)**
 - c. I potenziali effetti avversi di medicazioni analgesiche oppioidi devono essere anticipate e prevenivate o prontamente trattate. **(IIA)**
 3. La stitichezza e i sintomi gastrointestinali relativi agli oppioidi dovrebbero essere evitati.**(IA)**.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

- a. La valutazione della funzione intestinale dovrebbe essere parte della valutazione iniziale e di ogni visita successiva, per tutti i pz. che assumono analgesici. **(IA)**
 - b. Un regime intestinale profilattico dovrebbe essere iniziato con l'induzione di terapia oppioide continua. **(IA)**.
 - g. Un eccitante (es. senna) dovrebbe essere prescritto per procurare una regolare evacuazione. Le dosi di questo agente necessitano di essere dosati contro gli effetti desiderati. **(IIB)**
4.
- c. Il monitoraggio in caso di sedazione profonda, stato di incoscienza, o depressione respiratoria (definito come tasso respiratorio < 8 per minuto o saturazione di ossigeno < 90%) dovrebbe verificarsi durante un rapido aumento, dosaggi alti intensivi. Il Naloxone deve essere usato molto attentamente, dosato con un graduale aumento delle dosi, per evitare un improvviso e totale antagonismo dell'oppioide e la precipitazione di crisi autonoma. **(IA)**.
5. I pz. che provano la incessante sedazione indotta dagli oppioidi un affaticamento che limita la qualità della vita o l'aumento delle dosi per fornire il controllo ottimale del dolore può richiedere l'intervento di un oppioide in alternativa, o possono essere candidati per la rotazione di oppioidi o l'uso a breve termine, di terapia psicostimolante a basse dosi (es. methylphenidate), o entrambe. **(IB)**
- VII. Combinazioni a dose fissa di oppioidi con acetaminofene o NSAIDs possono essere utili per un dolore lieve/moderato.
- A. La dose massima non deve essere superata, al fine di minimizzare la tossicità dell'acetaminofene o dei NSAIDs. **(IA)**
 - B. Se una dose massima sicura (non tossica) viene raggiunta senza sufficiente sollievo del dolore a causa dei limiti imposti dalla dose massima sicura di acetaminofene o NSAIDs, si raccomanda di orientarsi verso preparazioni non combinate **(IA)**.
- VIII. I pz. che assumono analgesici dovrebbero essere attentamente controllati. **(IA)**
- A. I pz. dovrebbero essere frequentemente rivalutati in merito all'efficacia del farmaco e agli effetti collaterali, all'inizio, nel dosaggio o in qualsiasi cambiamento nella dose degli analgesici. **(IA)**.
 - B. I pazienti in trattamento NSAIDs per lungo tempo devono essere periodicamente valutati per segni e sintomi di perdita ematica gastrointestinale, insufficienza renale, edema, ipertensione e interazione tra farmaci. **(IA)**
- IX. Medicazioni analgesiche non oppioidi possono essere adeguate ad alcuni pz. con dolore neuropatico e alcuni altri in condizioni di dolore persistente. **(IA)**
- A. Agenti con il profilo con la più bassa evenienza di affetti collaterali devono essere scelti con preferenza. Pz. con cute integra che hanno sindromi dolorose localizzate o regionali (es. nevralgia post erpetica) possono avere beneficio da terapie topiche commercialmente disponibili. **(IB)**
 - B. Agenti possono essere usati singolarmente ma spesso sono più utili se usati in combinazione e per aumentare altre strategie di gestione del dolore. **(IIB)**
 - C. La terapia deve iniziare con le dosi più basse possibili e aumentate lentamente secondo il potenziale di tossicità di molti agenti. **(IA)**
 - D. I pz. devono essere strettamente controllati per gli affetti collaterali. **(IA)**

Specifiche raccomandazioni: strategie non farmacologiche

- I. Un programma di attività fisica deve essere preso in considerazione per tutti i pz. più anziani **(IA)**
 - A. Le attività fisiche devono essere personalizzate a incontrare i bisogni e le preferenze di ogni singolo pz.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

- B. Per alcuni anziani con gravi difficoltà fisiche, una prova di terapia riabilitativa sorvegliata è adeguata, con l'obiettivo di migliorare l'articolazione del movimento e rovesciare/invertire la debolezza di muscoli specifici o altri danni fisici associata al dolore persistente. **(IA)**
 - C.
 - D. Per quelli che sono incapaci di faticosi allenamenti, l'iniziale allenamento deve essere condotto non oltre le 8/12 settimane e deve essere supervisionato da un professionista con conoscenze dei bisogni speciali per anziani. **(IA)**
- III. Alcuni programmi di attività fisica per pz. anziani devono includere esercizi che migliorano la flessibilità, la forza e la resistenza. **(IA)**
- IV. Programmi di educazione del pz. sono una componente integrale della gestione del dolore persistente. **(IA)**
- A. Il contenuto deve includere informazioni circa le tecniche di auto aiuto (es. rilassamento, distrazione) la conoscenza delle cause del dolore, gli obiettivi del trattamento, trattamento scelto, aspettative di gestione del dolore e l'uso di farmaci analgesici. **(IIA)**
- V. Le terapie cognitive – comportamentali formali sono un aiuto/sostegno per molti anziani con dolore persistente. **(IA)**
- C. Sposi/e o altri partners possono essere coinvolti nella terapia cognitiva – comportamentale. **(IA)**
- I. Servizi di cura devono sostenere policies e procedure per screening di routine, valutazione e trattamento del dolore persistente tra i pz. più anziani. Organizzazioni sanitarie devono includere la gestione del dolore come principale ambito nello sviluppo di percorso clinico. **(IIB)**
- II. L'attenzione deve essere dedicata al dolore attraverso un continuum di cura e non deve essere limitata a quei pz. che sono vicini alla fine vita. **(IIB)**
- III. Servizi ambulatoriali, ospedali, case di riposo, servizi di assisted-living e agenzie di assistenza domiciliare devono routinariamente garantire qualità e attività di miglioramento della qualità della gestione del dolore. **(IIB)**
- B. Il punto di riferimento per il miglioramento della qualità deve essere stabilito internamente e deve includere risultati quantificabili, che possono includere, ma non essere limitati, alla soddisfazione del pz. **(IIB)**
- VII. L'educazione nella gestione del dolore per tutti i professionisti deve essere migliorata a tutti i livelli. **(IB)**
- B. I sistemi sanitari devono fornire un'educazione continua nella valutazione e gestione del dolore a tutti i livelli. **(IB)**

Linea guida

"Control of pain in patients with cancer"

Estensore

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), June 2000

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

FONDAMENTI DI TRATTAMENTO DEL DOLORE IN PAZIENTI CON IL CANCRO

Ai pazienti devono essere fornite informazioni ed istruzioni circa il dolore e il trattamento del dolore e devono essere incoraggiati ad assumere un ruolo attivo nel proprio trattamento del dolore. (A)

Nel trattamento del dolore nei pazienti con il cancro devono essere seguiti i fondamenti del trattamento evidenziati nel programma "WHO di Sollievo dal Dolore da Cancro." (B)

Per l'uso appropriato della scala analgesica WHO, gli analgesici devono essere scelti secondo la valutazione iniziale e la dose somministrata deve essere il risultato di una corretta valutazione sul responso. (B)

Il trattamento del paziente deve iniziare al livello appropriato della scala analgesica WHO secondo la gravità del dolore. (B)

Se la gravità del dolore aumenta e non riesce ad essere controllata a quel livello, occorre passare al livello successivo della scala analgesica. Non prescrivete un altro analgesico della stessa potenza (B)

Ogni paziente con dolore classificabile da moderato a grave, per quanto riguarda l'eziologia, deve ricevere un trattamento di analgesici da oppiacei. (B)

Gli analgesici per dolore continuo devono essere prescritti regolarmente e non "a richiesta". (B)

ISTRUZIONE

La valutazione dei curricula del personale sanitario dovrebbe tenere in grande considerazione la preparazione relativa al trattamento del dolore (B)

Programmi di preparazione circa il trattamento del dolore dovrebbero essere attivati per tutto il personale sanitario che si occupa di pazienti con il cancro. (B)

VALUTAZIONE

Prima del trattamento deve essere assicurata un'accurata valutazione per determinare il tipo e la gravità del dolore e i suoi effetti sul paziente. (B)

Il paziente deve essere il primo agente in grado di valutare il proprio dolore. (B)

Nella valutazione del dolore deve essere utilizzato uno strumento semplice di misurazione (B)

Tutto il personale sanitario coinvolto nella cura del cancro deve essere istruito circa la valutazione del dolore e i principi del suo controllo. (B)

PROBLEMATICHE PSICOSOCIALI

Dovrebbe essere assicurata una valutazione continua dello stato psicologico e sociale del paziente. Essa deve includere la valutazione dell'ansia e in particolare della depressione così come delle convinzioni del paziente circa il dolore. (B)

Elaborato

*"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
Anno 2005-2006*

LA SCALA ANALGESICA WHO

LIVELLO 3: DOLORE DA MODERATO A GRAVE

(oppiacei per dolore moderato-grave più adiuvanti non oppiacei)

Sollievo dal dolore

Per il trattamento del dolore da moderato a grave nei pazienti con il cancro deve essere utilizzato morfina o diamorfina. (B)

Il dosaggio orale è la prassi raccomandata di somministrazione e deve essere utilizzata quando possibile.(C)

Qualora la somministrazione della dose sia condizionata dagli effetti collaterali di morfina o diamorfina, occorre considerare degli oppiacei alternativi per il trattamento del dolore moderato/grave. (B)

LIVELLO 2: DOLORE DA MODERATO A LIEVE

(oppiacei per dolore lieve-moderato più adiuvanti non oppiacei)

Dolore persistente o in aumento

B I pazienti con dolore lieve-moderato devono essere trattati con codeina, dihydrocodeina, dextropropoxyfene in aggiunta a paracetamolo o a NSAID.

C Qualora l'effetto della dose ottimale di un oppiaceo per dolore lieve-moderato non risulti adeguata, non deve essere somministrato altro oppiaceo per dolore lieve-moderato ma occorre passare al livello 3 della scala analgesica.

C Gli analgesici contenenti dosi sub-terapeutiche di oppiacei per dolore lieve-moderato non dovrebbero essere utilizzati per il trattamento del dolore di pazienti con il cancro.

LIVELLO 1: DOLORE LIEVE

(non oppiacei + adiuvanti)

Dolore persistente o in aumento

A I pazienti con dolore lieve devono essere trattati con a NSAID o paracetamolo alle dosi prescritte. La scelta deve essere fondata sull'analisi rischi/benefici per ogni singolo paziente.

A Ai pazienti trattati con NSAID e che risultano a rischio di effetti collaterali gastrointestinali (tra cui pazienti ultrasessantenni, fumatori, con precedenti ulcere peptiche, pazienti trattati con steroidi o anticoagulanti, pazienti con malattie renali o epatiche o con scompensi cardiaci) deve essere prescritto misoprostol 200 ug 2 o 3 volte al giorno o omeprazolo 20 mg 1 volta al giorno.

UTILIZZO DI OPPIACEI PER IL TRATTAMENTO DI DOLORE DA MODERATO A GRAVE

SOMMINISTRAZIONE ORALE DI MORFINA

C Nell'iniziare la normale somministrazione di morfina, occorre iniziare con una somministrazione orale di 5-10 mg ad intervalli di quattro ore, salvo controindicazioni

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

- B La dose di oppiacei per ogni paziente deve essere somministrata al fine di raggiungere il massimo sollievo e i minori effetti collaterali.
- C Quando è possibile, il trattamento deve essere assicurato utilizzando un normale rilascio di morfina.
- D Una volta ottenuto un livello adeguato di controllo del dolore attraverso un normale rilascio di morfina, è consigliabile mantenere la medesima dose totale giornaliera di somministrazione di morfina.

ANALGESICI AGGIUNTIVI

- C Ogni paziente trattato con oppiacei per dolore moderato/grave deve poter accedere ad analgesici aggiuntivi, solitamente nella forma del normale rilascio di morfina.
- C Gli analgesici aggiuntivi devono costituire un sesto della dose orale complessiva giornaliera di morfina.

Successivamente alla somministrazione di analgesici aggiuntivi per via orale occorre attendere 30 minuti per valutare il responso. Qualora il dolore persista occorre risomministrare l'analgesico e rivalutare il responso nei successivi 30 minuti. Qualora il dolore dovesse ulteriormente persistere occorre compiere una rivalutazione completa.

E' necessaria un'adeguata spiegazione ai pazienti e ai loro famigliari circa il corretto uso degli analgesici aggiuntivi.

EFFETTI COLLATERALI

Costipazione: I pazienti trattati con oppiacei devono ricevere una regolare profilassi lassativa. E' richiesta una combinazione di stimolanti e blandi lassativi.

Nausea e vomito: I pazienti trattati con oppiacei per dolore moderato/grave devono ricevere una profilassi antiemetica se richiesta.

Sedazione: I pazienti trattati per la prima volta con oppiacei per dolore moderato/grave devono essere avvertiti circa gli effetti della sedazione e avvisati sui rischi legati alla guida e all'utilizzo di macchinari. L'utilizzo di altri sedativi o di farmaci con effetti collaterali sedativi deve essere razionalizzato.

Secchezza delle fauci: Tutti i pazienti devono essere istruiti sulla necessità e sui metodi per raggiungere una buona igiene orale.

Gli oppiacei alternativi possono essere somministrati a pazienti con iper-sensibilità ad oppiacei che non sono in grado di tollerare gli effetti collaterali della morfina.

TOSSICITA', TOLLERANZA E DIPENDENZA DA OPPIACEI

C La tossicità da oppiacei deve essere gestita riducendo la dose di oppiacei, assicurando un'adeguata idratazione e trattando l'agitazione/confusione con haloperidol 1,5-3 mg oralmente o per via sottocutanea. Tale dose può essere ripetuta ogni ora in caso di situazione acuta.

B La somministrazione di analgesici oppiacei non deve essere ritardata dalla preoccupazione circa la tolleranza al farmaco poiché essa non interviene nella pratica clinica.

C La somministrazione di oppiacei non deve essere ritardata a causa di timori infondati relativi alla dipendenza psicologica.

D I pazienti devono essere assicurati che non diventeranno psicologicamente dipendenti dagli analgesici oppiacei.

SOMMINISTRAZIONE PARENTERALE

B I pazienti che necessitano di oppiacei per via parenterale devono ricevere la dose adeguata di diamorfina per via sottocutanea.

C Per calcolare la dose giornaliera di diamorfina sottocutanea occorre dividere la dose complessiva orale giornaliera di morfina per 3 e somministrare tale dose di diamorfina per via sottocutanea nell'arco delle 24 ore.

C I sistemi di sicurezza e di smaltimento di siringhe deve rispettare il protocollo emesso dal Dipartimento Scozzese della Salute.

ANALGESICI ADIUVANTI

A I pazienti con dolore neuropatico devono ricevere un trattamento di antidepressivo triciclico e/o un anticonvulsivo.

B Un trattamento terapeutico di un'elevata dose di dexamethasone è consigliabile in caso di aumento di pressione intracranica, grave dolore alle ossa, infiltrazione nervosa o compressione, pressione dovuta a sudorazione o infiltrazione, compressione della spina dorsale o dolore epatico (salvo controindicazioni). In

Elaborato

“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

alcune situazioni cliniche (ad esempio in caso di vomito) può rendersi necessaria la somministrazione intravenosa.

A Il Mexiletene non deve essere utilizzato come routine come adiuvante analgesico.

TERAPIA SISTEMICA ANTI-CANCRO

A In pazienti con metastasi al seno la cui malattia cancerogena risulta progressiva nonostante la somministrazione di tamoxifene, è consigliato l'utilizzo di specifici inibitori quali anastrozole e letrozole.

C Ai pazienti con carcinoma prostatico e dolorose metastasi ossee è consigliata una terapia endocrina primaria.

C Ai pazienti con cancro prostatico e crescente dolore osseo è consigliata l'interruzione degli androgeni massimi (?) o la continuazione di una terapia endocrina di un unico agente.

RADIOTERAPIA

C La radioterapia è consigliata in caso di dolorose metastasi ossee.

C Il trattamento del dolore osseo meccanico è molto complesso e qualora il paziente sia in buone condizioni è consigliabile un consulto con il chirurgo ortopedico.

B Lo stronzo radioattivo è consigliato per il trattamento di dolore dovuto alla diffusione di metastasi ossee da carcinoma prostatico.

A tutti i pazienti con compressione spinali deve essere assicurato un trattamento urgente.

BIFOSFONATI

A Il trattamento con biofosfonati è consigliato a tutti i pazienti con mieloma multiplo.

A I biofosfonati sono consigliati nel trattamento di pazienti con cancro al seno che hanno dolore dovuto a metastasi ossee.

TECNICHE DI INTERVENTO

A In pazienti con dolore all'addome superiore, in particolare dovuto a cancro del pancreas, è consigliata l'interruzione del plesso "del colon".

B Tutto il personale che si occupa dei pazienti con dolore da cancro deve avere accesso ad un servizio specialistico di sollievo dal dolore.

Elaborato

"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"

gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Anno 2005-2006

BIBLIOGRAFIA

1. Basbaum AI, Fields HL. Endogenous pain control system: brain stem spinal pathways and endorphin circuitry. *American Review Neuroscience*, 1984;
2. Contini G., M. Bologna, G. Grassi, *Psichiatria pratica. Il lavoro dell'infermiere professionale in psichiatria*, Torino, UTET, 1994;
3. Cunico L., *La comunicazione nell'assistenza al paziente*, Mc Graw- Hill, Milano, 2002;
4. Field HL, Martin JB. Il dolore: fisiopatologia e terapia. In: Isselbacher KJ, Braunwald E et al., eds. *Harrison: Principi di Medicina Interna*. Milano: McGraw-Hill Libri Italia, 1995;
5. Fine S. F., Glasse P. H., *Il primo colloquio, coinvolgimento e relazione nelle professioni d'aiuto*. Ed Mc Graw- Hill, Milano, 1999;
6. Fortuna F., Tiberi A., *Il mondo dell'empatia*, Franco Angeli, Milano, 1999;
7. Giron GP, Ceccherelli F. Il dolore nell'anziano. In: G. Crepaldi, ed. *Trattato di Gerontologia e Geriatria*. Torino: UTET, 1993;
8. Iandolo C., *L'approccio umano al malato. Aspetti psicologici dell'assistenza*, Roma, Armando Editore, 1979;
9. Mace N., Rabins P., *Demenza e malattia di Alzheimer*, Erickson, Trento, 1995;
10. Melzack R, Wall P. Pain mechanism: a new theory. *Science* 1965;
11. Merskey H. Classification of chronic pain and definition of pain terms. *Pain* 1986;
12. Nanetti F., *La comunicazione trascurata: l'osservazione del comportamento non verbale*, Armando, Roma, 1996;
13. Portenoy R. Il dolore. In: *Manuale Merck di Geriatria*. Milano: ESI Stampa Medica, 1990;
14. Redigolo D., *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*, Firenze, Rosini Editrice, 1994;
15. Rogers C., *La terapia centrata sul cliente*, edizioni Martinelli, Firenze, 1989;
16. Rogers C., Kinget M., *Psicoterapia e relazioni umane*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991;
17. Watzlawick P., Beavin J., Jackson P, *Prag-matica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971;

Elaborato

"il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell'anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro"
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell'Uliveto
 Anno 2005-2006

18. Bonacini F. , “Il corpo ferito” relazione presentata durante l’aggiornamento monotematico in cure palliative c/o R.S.A. Albinea, 2005;
19. “Il teorema dolore” Aggiornamenti professionali n°5, anno XLIV; settembre-ottobre 2000;
20. Federazione Nazionale I.P.A.S.V.I, Codice Deontologico dell’Infermiere, Roma 1999;
21. ISTAT, “Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione dal 2001 al 2051”;
22. Ministero della Salute, “Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana. Anno 2000”;
23. Regione Emilia Romagna, “Indicazioni per la valutazione ed il trattamento del dolore oncologico”, 2005;
24. W.H.O., “Health and ageing: a discussion paper”, Ginevra 2001;
25. W.H.O., “Cancer pain relief with a guide to opioid availability”, Geneve 1996.

Elaborato

*“il contributo infermieristico nella valutazione e nella gestione del dolore cronico nell’anziano e nella persona con tumore da gruppo di lavoro”
gruppo di lavoro infermieristico AUSL ed Hospice Casa Madonna dell’Uliveto
Anno 2005-2006*