



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

LA GESTIONE DEL CANCER PAIN

Relatore: Chiar.ma

Dott.ssa Tiziana Traini

Tesi di Laurea di

Lorenzo Garofani

Correlatore: Chiar.mo

Dott. Maurizio Massetti

A.A. 2020/2021

DEDICA

*A mio padre e mia nonna,
i miei due angeli che non mi hanno mai abbandonato.*

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
CAPITOLO 1: IL DOLORE.....	5
1.1 DEFINIZIONE DEL DOLORE.....	5
1.2 LA FISIOLOGIA DEL DOLORE	6
1.3 CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE	7
1.4 CANCER PAIN.....	8
1.5 ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO DEL DOLORE	10
1.6 ASSISTENZA INFERMIERISTICA	12
CAPITOLO 2: TRATTAMENTO DEL DOLORE.....	15
2.1 METODI DI TRATTAMENTO.....	15
2.2 FANS	16
2.2.1 PARACETAMOLO.....	17
2.3 OPPIOIDI.....	17
2.3.1 MORFINA.....	18
2.4 I FARMACI ADIUVANTI	18
CAPITOLO 3: L'INFERMIERE PALLIATIVISTA.....	19
3.1 LE CURE PALLIATIVE	19
3.2 RETE DELLE CURE PALLIATIVE	20
3.3 CORE COMPETENCE ITALIANO DELL'INFERMIERE IN CURE PALLIATIVE	22
CAPITOLO 4: IL METADONE NELLA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO SECONDARIO A NEOPLASIA	24
4.1 INTRODUZIONE	24
4.2 QUESITO DI RICERCA.....	25
4.3 MATERIALI E METODI	25
4.4 RISULTATI	26
4.5 DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	28
CAPITOLO 5: PIANO ASSISTENZIALE SULLA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO NEL PAZIENTE ONCOLOGICO	32
CLASSIFICAZIONE DIAGNOSI INF.	32
DIAGNOSI INFERM.	32
DIAGNOSI INFERMIERISTICA PROBLEM FOCUSED	32
DIAGNOSI INFERMIERISTICA DI BENESSERE	34
DIAGNOSI INFERMIERISTICA DI RISCHIO	35
DIAGNOSI INFERMIERISTICA A SINDROME	36
PROBLEMA COLLABORATIVO	38
CONCLUSIONI.....	40
SITOGRAFIA.....	41
RINGRAZIAMENTI.....	44

INTRODUZIONE

È sempre stata mia premura approfondire l'argomento della Terapia del dolore. Fin dai primi giorni di università, ma forse ancor prima di intraprendere questo percorso formativo, ho sentito come l'esigenza di dover affrontare questa tematica, personalmente dolente, la quale merita e necessita di essere approfondita.

In realtà, è forse soprattutto per questo mio desiderio di approfondire l'argomento che ho scelto di iscrivermi al corso di Laurea in Infermieristica.

Purtroppo, ho avuto un'esperienza di vita personale che mi ha insegnato quanto sia difficile e doloroso vedere e convivere con persone sofferenti. senza poter fare nulla e man mano che trascorrevi il mio tempo nei vari reparti dell'ospedale, svolgendo il tirocinio clinico, ho avuto conferma di questa grande problematica da dover risolvere.

Col tempo mi sono reso conto di quanto sia difficile e complesso trattare questo argomento poiché non si tratta solo di ispezionare ed analizzare dati clinici ed oggettivi, bensì questi devono essere presi in considerazione insieme e spesso in base alla persona che trovi di fronte a te.

Una delle principali problematiche che ho potuto riscontrare in reparto è quella della risoluzione temporanea del problema.

L'obiettivo di questo elaborato quindi è quello di riuscire a capire come poter migliorare quella che è oggi la terapia antalgica all'interno delle U.O., cercando di risolvere quelle problematiche che ho potuto riscontrare durante il periodo del tirocinio clinico, scoprendo anche nuove terapie come quella con il metadone, cosa ancora poco utilizzata nella nostra realtà.

Spesso si pensa che alleviare il dolore percepito dal paziente per qualche ora sia l'unica cosa che si possa fare, ma io voglio sperare e voglio soprattutto augurarmi che in una prospettiva futura della medicina si possa trovare una soluzione più adatta per ogni paziente, di qualsiasi caso clinico si tratti.

CAPITOLO 1: IL DOLORE

1.1 DEFINIZIONE DEL DOLORE

La IASP (International Association for the Study of the Pain) nel 1979 ha definito il dolore come *“un’esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo potenziale danno tissutale o comunque descritta in rapporto a tale danno.”*

Dal 2018 però la IASP ha deciso di rivedere questo standard di definizione, in modo tale da poter entrare più nello specifico all’interno di quella che è l’esperienza del dolore, implementandola con sei note integrative capaci di dare informazioni utili per un migliore inquadramento:

- Il dolore è sempre un’esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.
- Il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto solo dall’attività neurosensoriale.
- Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
- Il racconto di un’esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato.
- Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico.
- La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l’incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore.[1]

In ambito medico il dolore rappresenta una tra le manifestazioni più importanti in merito ad una determinata malattia, presentando sintomi capaci di minare maggiormente la qualità di vita della persona, quindi si ha un certo timore nel risolvere questa problematica, principalmente a causa della mancata distinzione tra due grandi tipologie di dolore: acuto e cronico.

Se il dolore acuto è spesso un sintomo guida per un corretto percorso diagnostico, il dolore cronico è ad oggi considerato una malattia.

Tutto ciò anche, e soprattutto, in relazione al fatto che il dolore, viene considerato come V segno vitale e come tale deve essere monitorizzato, valutato e trattato.

Per far fronte a questo tipo di problema nel 2001 è stato istituito il Comitato Ospedale senza Dolore, le cui linee guida sono state stipulate dal Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome, ed hanno come obiettivo quello di promuovere la terapia del dolore, programmando interventi indirizzati al miglioramento del processo assistenziale.

Anche a livello legislativo nel 2010 è stata approvata la legge 38/2010 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), che ha come principio cardine quello di garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore a favore del malato con patologia in guaribile o cronica dolorosa, nell'obiettivo di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana.

1.2 LA FISIOLOGIA DEL DOLORE

Il dolore è un'esperienza spiacevole, complessa e multidimensionale, determinata dall'interazione di fattori sensoriali, emotivi, emozionali e sociali collegati a livello cognitivo; quindi, è l'esperienza personale che porta l'individuo ad interpretare gli stimoli negativi provenienti dall'ambiente esterno ed interno.

A livello fisico, il dolore è inquadrato come un'azione causata da un agente esterno che va a compromettere l'integrità tissutale, oppure che viene scaturito dallo stato di sofferenza anatomica o funzionale di un organo, causando anche sofferenza psichica che può portare l'individuo a ricordi di esperienze passate riflettendosi negativamente sul piano somatico.

Per poter riconoscere lo stimolo doloroso, l'organismo ha bisogno di neuroni, recettori, fibre nervose, sinapsi, neuromediatrici chimici e circuiti ormonali posti a livello di tutto il sistema nervoso creando così una vera e propria "rete del dolore".

Questi componenti, quindi, hanno come compito quello di far riconoscere il dolore, di capire da dove arriva, l'intensità e la qualità, in modo tale da allertare l'individuo aiutandolo poi ad eliminarlo insieme alle relative cause.

La “rete del dolore” inizia da alcuni filamenti nervosi, dove nella parte distale sono contenuti i nocicettori, ovvero i recettori del dolore. Questi filamenti sono posti a livello cutaneo, delle mucose e in tutti gli organi in generale, ed hanno come compito quello di percepire gli impulsi nervosi e trasformarli in un segnale elettrico, che a sua volta si incanala in specifiche fibre nervose, collocate in molti nervi, per poi riversarsi nel primo neurone afferente che entra nelle corna posteriori del midollo spinale. Una volta raggiunto questo sito, lo stimolo raggiunge il secondo neurone afferente collegato al primo mediante una sinapsi, dove di conseguenza sale verso i centri nervosi passando attraverso fasci di fibre ben strutturati come il tratto spino-talamico, chiamato così perché la sua stazione di arrivo è proprio il talamo, una struttura del sistema nervoso centrale, posta al di sotto della corteccia cerebrale, che permette delle connessioni con l’area sensitiva della corteccia cerebrale. In uscita dal talamo abbiamo altre fibre che raggiungo il sistema limbico, deputato all’elaborazione dei contenuti emozionali della percezione dolorosa, per poi legarsi anche all’ipotalamo e all’amigdala, il primo, connesso all’ipofisi è addetto alle risposte neuroendocrine, mentre la seconda è deputata alla risposta emozionale legata all’esperienza dolorosa, come rabbia, ansia o depressione. Dal talamo, infine, gli stimoli dolorosi vengono proiettati verso alcune aree della corteccia cerebrale che ne rappresentano il loro punto di arrivo. [2]

1.3 CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE

Il dolore può essere classificato basandosi su due caratteristiche: la durata nel tempo e il meccanismo fisiopatogenico, che a sua volta può dividersi in dolore nocicettivo e dolore neuropatico.

La prima è caratterizzata da due tipi dolore: acuto e cronico.

Per dolore acuto, si intende quel dolore che tende piano piano a scomparire, causato principalmente da un danneggiamento che può avvenire a livello tissutale.

Il dolore cronico invece, si protrae nell’individuo per più di tre mesi e può perdurare anche in assenza di una patologia grave, non avendo così più nessuna correlazione con il fattore scatenante, condizionando così la vita dell’individuo.

Entrando nel merito della seconda caratteristica invece, viene trattato il dolore nocicettivo, quando la stimolazione da parte di una lesione arriva a livello dei nocicettori.

Il dolore nocicettivo può essere a sua volta suddiviso in base alla sede della lesione, come ad esempio:

- Dolore superficiale: causato da una lesione avvenuta a livello tissutale, ed è un dolore ben definito e localizzato;
- Dolore somatico profondo: caratteristico del dolore proveniente dai muscoli, legamenti, tendini, ossa e vasi sanguigni. È un dolore che a differenza di quello superficiale è meno acuto e meno localizzato, questo perché vi è una ridotta concentrazione di nocicettori;
- Dolore viscerale: chiamato così proprio perché proviene dagli organi interni e dalle cavità viscerali. Di solito è più intenso degli altri, dura più a lungo ed è difficile da localizzare. Un'altra caratteristica delle lesioni viscerali, è quella di provocare i cosiddetti dolori "riferiti", ovvero, vengono percepiti in aree non corrispondenti con la lesione.

Il dolore neuropatico o neurogeno invece, si attiva quando la lesione o il disturbo va ad interessare il tessuto nervoso centrale o periferico. Questo tipo di lesione può causare un'interferenza a livello della propagazione dell'impulso doloroso, rendendo difficile l'identificazione della sede.[3][4]

1.4 CANCER PAIN

Il dolore oncologico può dipendere dalla malattia o anche dai suoi trattamenti, può essere acuto, per esempio quando è provocato dalle conseguenze immediate di un intervento, o cronico quando il sintomo tende a persistere per mesi, seppure con notevoli fluttuazioni della sua intensità in relazione all'andamento della malattia e delle cure.

Le fluttuazioni di intensità del dolore da cancro sono comuni e il verificarsi di episodi significativi di dolore che sfuggono al controllo di una terapia è stato definito breakthrough pain, o "dolore da sfondamento"; in questo caso il medico aggiungerà alla terapia un ulteriore antidolorifico da prendere al bisogno.

La massa tumorale può provocare dolore in vari modi, ostruendo visceri come l'intestino, comprimendo o infiltrando il tessuto nervoso stesso oppure ossa, articolazioni o altri tessuti innervati. Inoltre la sensazione dolorosa può essere evocata dalla distensione della capsula che riveste alcuni organi o dalla pressione su cavità chiuse come il sistema nervoso centrale, a causa dell'aumento di volume occupato dal tumore che cresce.

Talvolta sono gli stessi trattamenti usati per combattere la malattia a provocare dolore acuto o cronico, di minore o maggiore intensità.

Non esiste un esame strumentale che consenta di misurare il dolore che, come si è già detto, è un'esperienza del tutto soggettiva. Tuttavia è molto importante per i medici conoscere bene le caratteristiche del sintomo, attraverso una serie di domande rivolte al paziente, per cercare di capire quali ne potrebbero essere le cause, ed eventualmente, se possibile, rimuoverle.

Occorre anche una valutazione quantitativa, cioè stabilire l'intensità del dolore avvertito dal paziente, per capire se la cura funziona e quando eventualmente occorre cambiarla. Per questo si usano in genere delle scale di diverso tipo, che possono essere verbali (da "nessun dolore" a "insopportabile"), numeriche (da 0 a 10) o analogiche visive, attraverso disegni, utili soprattutto con i bambini.[5]

1.5 ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO DEL DOLORE

L'accertamento infermieristico è un modo di pensare e di agire, un approccio mentale e operativo che l'infermiere utilizza durante la propria attività, usato per identificare, prevenire e trattare problemi di salute reali o potenziali, per promuovere il benessere.

Questo tipo di accertamento si realizza basandosi sugli undici modelli funzionali di Marjory Gordon, ovvero:

- I. Percezione-gestione della salute;
- II. Nutrizionale-metabolico;
- III. Eliminazione;
- IV. Attività-esercizio fisico;
- V. Sonno-riposo;
- VI. Cognitivo-percettivo;
- VII. Concetto di sé-percezione di sé;
- VIII. Ruolo-relazione;
- IX. Sessualità-riproduzione;
- X. Coping-tolleranza allo stress;
- XI. Valori-convinzioni.

L'accertamento è la prima parte del processo Nursing, il quale è composto da sei fasi:

1. Accertamento: questa fase comprende la raccolta, l'organizzazione e la registrazione dei dati riguardanti lo stato di salute attuale della persona. si raccolgono i dati parlando non solo con l'assistito ma anche con i familiari e consultando la documentazione clinica;
2. Diagnosi Infermieristica: selezionare, raggruppare e analizzare i dati per identificare lo stato di salute, scrivere una enunciazione che descrive precisamente lo stato di salute attuale dell'assistito ed elencare le diagnosi infermieristiche;
3. Pianificazione dei risultati: questa fase si discute con l'assistito per stabilire i risultati da raggiungere (come, in quanto tempo, il suo stato di salute dovrà modificarsi);

4. Pianificazione degli interventi: in questa fase si stabiliscono gli interventi idonei per promuovere il benessere o prevenire e ridurre i problemi di salute. Si pianificano interventi specializzati e finalizzati a produrre risultati connessi alle diagnosi infermieristiche formulari, il prodotto finale di questa fase è un piano di assistenza scritto (in alcuni casi si può non avere un piano scritto, ma l'infermiere non può agire mai senza un piano).

5. Attuazione degli interventi: si comunica il piano di assistenza agli altri operatori e si effettuano gli interventi stabiliti nel piano, la parte finale di questa fase consiste nel documentare le cure infermieristiche erogate all'assistito e l'esito che queste hanno determinato.

6. Valutazione: si confrontano le condizioni di salute dell'assistito con i risultati prestabiliti, si verifica se gli interventi pianificati sono stati efficaci o meno per raggiungere i risultati attesi, se necessario si dovrà modificare il piano assistenza.

Proprio nella prima fase, ovvero nell'accertamento, l'infermiere è responsabile della raccolta dati e della somministrazione di scale di valutazione, come ad esempio, quelle del dolore.

La valutazione del dolore come segno o sintomo è stata resa obbligatoria con l'approvazione della L. 38 del 15/03/2010, dove nell'Art 7 viene esplicitamente affermata l'obbligatorietà di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica.

Esistono varie tipologie di scale di valutazione, approvate per poter valutare il dolore, queste sono:

- Numerical Rating Scale – NRS: Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 11 punti; la scala prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel preciso momento.

- Visual Analogical Scale – VAS: È la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che il malato soggettivamente avverte, è rappresentata da una linea lunga 10 cm nella versione originale validata, con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro; un'estremità indica l'assenza del dolore e corrisponde a 0, l'altra estremità indica il peggiore dolore immaginabile e corrisponde a 10. La scala è compilata manualmente dal malato al quale è chiesto di tracciare sulla linea un segno che rappresenti il dolore percepito. La distanza misurata a partire dall'estremità 0 corrisponde alla misura soggettiva del dolore.
- Si tratta di una scala di semplice utilizzo, ampiamente utilizzata e compresa dalla maggior parte dei pazienti. Facilmente ripetibile, viene utilizzata anche in bambini con età > 7 anni;
- Verbal Rating Scale – VRS: Si basa sulla scelta da parte del malato di 6 indicatori verbali descrittivi del dolore (nessun dolore - dolore molto lieve - dolore lieve - dolore moderato - dolore forte - dolore molto forte). Il malato definisce il dolore verbalmente, utilizzando l'aggettivo che ritiene più appropriato su una serie proposta. Questa scala è spesso utilizzata nelle persone anziane o con deficit cognitivo e al Pronto Soccorso.[6]

1.6 ASSISTENZA INFERMIERISTICA

La valutazione e gestione del dolore sono un aspetto centrale della professione infermieristica e di tutte le sue attività di cure, basti pensare al fatto che il dolore non è visto più come un semplice sintomo, ma una problematica multidimensionale che richiede competenza, professionalità e conoscenza.

L'ampia portata del “problema dolore” ha portato la IASP a suggerire un programma formativo specifico per diffondere e valorizzare il più possibile lo studio e la gestione del dolore così da enfatizzare l'aspetto umano della cura e del prendersi cura, rispondendo ad un reale bisogno del paziente.

Secondo la IASP quindi l'infermiere deve essere in grado di:

- Identificare il paziente con dolore;
- Effettuare una valutazione completa del dolore, incluso l'impatto sulla sua vita socio-familiare;
- Compiere azioni per il controllo del dolore con rivalutazione dell'efficacia.

Inoltre, l'infermiere deve saper riconoscere, i meccanismi di azione del dolore, l'epidemiologia, le possibili barriere al controllo del dolore, le condizioni associate che possono influenzare la percezione del dolore ed infine utilizzare metodi efficaci e riproducibili per la rilevazione ed il trattamento. E' possibile affermare che gli obiettivi che l'infermiere identifica al momento della presa in carico di un paziente che presenta dolore, sono:

- L'applicazione delle conoscenze di anatomia, fisiologia, psicologia e sociologia nell'assessment e management del paziente con dolore;
- La distinzione tra le diverse tipologie di dolore;
- Il riconoscimento delle conseguenze di un mancato trattamento antalgico;
- L'utilizzo di metodologie di valutazione e pianificazione assistenziale;
- L'identificazione di potenziali fattori ostacolanti nella valutazione e nel trattamento del dolore;
- Il riconoscimento delle persone più a rischio nel provare dolore e l'introduzione di azioni di rimedio;
- L'erogazione di informazioni a pazienti e familiari riguardo la possibilità di trattamento del dolore;
- La valutazione dell'appropriatezza prima della somministrazione del farmaco analgesico e successivamente del suo effetto sulla riduzione del dolore;
- Il riconoscimento e controllo di eventuali effetti avversi dovuti alla somministrazione farmacologica;

- Il precoce riconoscimento di condizioni di non aderenza o scarsa efficacia del trattamento terapeutico antalgico e discussione collegiale di strategie per risolvere il problema;
- L'applicazione di misure fisiche e psicologiche per la riduzione del dolore;
- L'essere membro attento ed attivo all'interno del team multidisciplinare per la valutazione e trattamento del dolore, considerando parte integrante il paziente e i suoi familiari;
- L'identificazione in maniera chiara, realistica e condivisa degli obiettivi da perseguire nella gestione del dolore;
- La documentazione in maniera accurata della valutazione del dolore;
- La comunicazione efficace, empatica con il paziente, i suoi familiari e tutti i membri del team multidisciplinare;
- La riflessione sulla propria pratica clinica per poter migliorare l'assistenza ai pazienti con dolore;
- Il riconoscimento di eventuali carenze nella propria formazione per porre azioni di miglioramento.[7]

CAPITOLO 2: TRATTAMENTO DEL DOLORE

2.1 METODI DI TRATTAMENTO

In ambito legislativo l'obbligo di trattamento del "problema" dolore è sancito con la legge N. 38 del 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

Per terapia del dolore si vanno ad intendere tutti quei trattamenti medici che hanno come scopo l'eliminazione del dolore. La terapia antalgica comprende sia la somministrazione di farmaci, sia l'attuazione di trattamenti chirurgici, fisioterapici e di supporto psicologico.

Entrando nel merito della terapia farmacologica, vengono impiegati farmaci analgesici (FANS) che possono essere narcotici o non narcotici, anestetici locali, oppioidi ed i farmaci adiuvanti.

Per quanto riguarda la gestione del dolore neoplastico, vi è una strategia terapeutica proposta dall'OMS nel 1986 a cui varie Agenzie e Società scientifiche vi fanno riferimento, l'Analgesic Ladder.

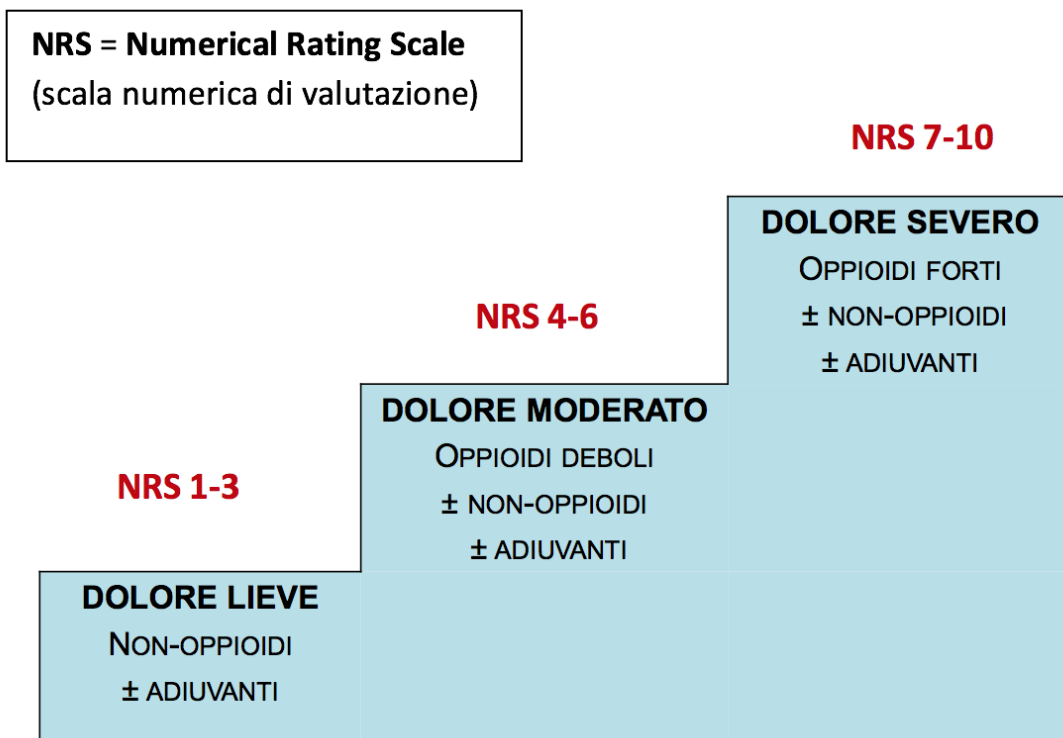


Fig. 1 Analgesic Ladder

Questa scala stratifica tre fasi della terapia analgesica:

- Fase 1: utilizzo di analgesici non oppioidi (acetaminofene o farmaci fans);
- Fase 2: utilizzo di oppioidi “leggeri” (idrocodone, codeina o tramadol);
- Fase 3: utilizzo di oppioidi “forti” (morfina, ossicodone, metadone, idromorfone e fentanyl).

La somministrazione di farmaci analgesici è basata su regole ben precise ovvero:

- Orari fissi, associato a necessità di farmaci al bisogno;
- Individualizzata (dosi e caratteristiche mirate al paziente);
- Attenzione ai dettagli (dosi, orari ed effetti collaterali).

Par quanto concerne la terapia non farmacologica vengono utilizzate la crioterapia, la radioterapia, la termoterapia e la fisioterapia; poichè il dolore ha anche una forte componente psicologica, si sono rivelate utili anche le tecniche di rilassamento.[8][9]

2.2 FANS

Con l’acronimo FANS si vanno ad intendere tutti quei farmaci antinfiammatori non steroidei, chiamati così perché si differenziano dalla prima grande famiglia dei farmaci analgesici utilizzati derivanti del cortisolo. I FANS hanno tre funzioni fondamentali ovvero:

- Antinfiammatori;
- Analgesici;
- Antipiretici.

Il meccanismo d’azione di questi farmaci è incentrato sull’inibizione delle prostaglandine COX1 (CICLOSSIGENASI 1) e COX2 (CICLOSSIGENASI 2), enzimi che sono responsabili della risposta infiammatoria e rinforzano lo stimolo del dolore, alcuni FANS vanno ad interagire su entrambi gli enzimi, mentre altri solamente su uno dei due.

Per quanto riguarda la metabolizzazione, avviene all’interno del fegato per poi essere escreti dai reni.[10]

2.2.1 PARACETAMOLO

Il paracetamolo è un farmaco antipiretico ed analgesico appartenente alla classe dei FANS che può essere somministrato per diverse vie, come ad esempio: via orale sotto forma di compresse o polvere per soluzione orale, via rettale sotto forma di supposte e via parenterale sotto forma di soluzione per infusione endovenosa.

Il suo meccanismo di azione, come tutti i FANS, ha come scopo quello di inibire un particolare enzima CICLOSSIGENASI, la COX3, in modo tale da andare ad impedire la sintesi delle prostaglandine responsabili dell'insorgenza di febbre e dolore.

Un'altra caratteristica che possiamo ritrovare nel paracetamolo è la capacità di azione a livello del sistema dolorifico centrale, dove interferisce con varie vie, quali quelle degli oppioidi e della serotonina.

Entrando nel merito della farmacodinamica, il paracetamolo ha un'emivita che va da 1 a 3 ore, la sua azione inizia nell'arco di 30 minuti dopo l'assunzione con una durata massimo di 4-6 ore. Per quanto riguarda la dose massima raccomandata, è di 3000 mg al giorno, con una singola dose che non deve superare 1000 mg, dal momento che non provoca irritazione gastrica, può essere assunto indipendentemente dai pasti con un intervallo di tempo di 4-6 ore.[11]

2.3 OPPIOIDI

Con il termine oppioidi si intendono tutte quelle sostanze che sono derivanti dall'oppio.

I farmaci oppioidi agiscono legandosi ai recettori degli oppioidi presenti sia a livello di SNC che di SNP e agiscono modulando il dolore.

2.3.1 MORFINA

La morfina è un farmaco alcaloide naturale estratto dall'oppio, viene utilizzata in campo medico per il trattamento del dolore, grazie alla sua capacità di riuscire a ridurre la sensazione del dolore di circa l'80%. Utilizzata principalmente nel dolore di tipo neoplastico resistente agli altri antidolorifici, la morfina interagisce con i recettori oppioidi μ del cervello inibendo vari riflessi nocicettivi, causando uno stato transitorio di euforia, susseguita da sintomi depressivi e narcotici.

I principali effetti collaterali che si possono riscontrare durante il trattamento sono: arresto respiratorio causato dalla potente azione depressiva sul centro respiratorio, nausea, prurito, miosi (pupilla puntiforme) e stipsi.

Un'altra caratteristica molto pericolosa è la ripercussione sulla psiche dell'individuo, dovuta dalla capacità di creare degli stadi carenziali e di astinenza.

Per concludere possiamo dire che l'assunzione cronica di morfina provoca assuefazione e, come tale, si accompagna ad una resistenza ai suoi effetti terapeutici. Per ovviare a questo fenomeno della "tolleranza" e mantenere la medesima azione, è quindi necessario aumentare gradualmente la dose.[12]

2.4 I FARMACI ADIUVANTI

I farmaci detti "adiuvanti" sono composti che non hanno come prima indicazione il trattamento del dolore, ma che in alcune situazioni si comportano come analgesici veri e propri. Tra questi prevalgono i farmaci antidepressivi e antiepilettici.

Nella scala analgesica dell'OMS essi sono indicati in ognuno dei tre gradini di intensità del dolore, come opzione terapeutica in associazione ai farmaci analgesici antinfiammatori, agli oppiacei minori e a quelli maggiori, per incrementare l'azione antalgica.

CAPITOLO 3: L'INFERMIERE PALLIATIVISTA

3.1 LE CURE PALLIATIVE

Dal latino *pallium* il cui significato può essere mantello o protezione, le cure palliative, nate in Inghilterra negli anni 60 per opera di Cicely Saunders, sono un insieme di interventi terapeutici, diagnostici ed essenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti, la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

Durante la fase terminale, la persona si ritrova in una condizione irreversibile, dove la malattia non risponde più alle terapie che hanno come scopo la guarigione, ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia da parte della persona. In questa condizione il controllo del dolore e degli altri disturbi quali psicologici, sociali e spirituali, assumono un'importanza primaria.

Le cure palliative vengono definite dall'OMS come “un approccio in grado di migliorare la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale”, affermano la vita considerando la morte come un evento naturale, evitando di accelerare e rallentare la morte provvedendo anche al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi. Inoltre, integrano gli aspetti sanitari, psicologici, sociali e spirituali dell'assistenza, offrendo un sistema di supporto alla famiglia sia durante le fasi della malattia, sia durante il lutto; infine possono essere applicate precocemente nella malattia, in combinazione con le misure che tendono a prolungare la vita.[13]

3.2 RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete delle Cure Palliative sono comparse per la prima volta nell'allegato 1 del Decreto del Ministero della Sanità il 28 settembre 1999, il quale recita: *“La rete di assistenza ai pazienti terminali è costituita da una aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale dei rispettivi componenti”*. Con l'Intesa siglata presso la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012, la definizione viene modificata nella seguente: *“La Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale”*.

I principi che si possono trovare alla base della Rete delle Cure Palliative sono:

- **Accessibilità:** le cure palliative sono garantite per qualunque patologia evolutiva durante il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura;
- **Integrazione:** all'interno della Rete Locale, le cure palliative devono essere integrate e coordinate tra tutti i soggetti erogatori e nei diversi setting assistenziali attraverso le equipe multiprofessionali;
- **Continuità:** la continuità deve essere garantita attraverso una flessibilità organizzativa nelle risposte assistenziali ai bisogni dei malati, una condivisione dei flussi informativi, una coerenza nella comunicazione e nella relazione con il malato e la sua famiglia;
- **Autodeterminazione e rispetto:** le persone assistite hanno il diritto di essere coinvolte attivamente nella scelta e nella pianificazione condivisa delle proprie cure. A loro, nel rispetto della dignità e specificità sociale, culturale ed emotiva, devono essere fornite informazioni esaustive rispetto alla diagnosi, all'evoluzione della malattia, alle opzioni possibili di trattamento;
- **Equità:** i servizi erogati dalla Rete di Cure Palliative devono essere accessibili e disponibili per tutti coloro che ne hanno bisogno;

- "Accountability": intesa come capacità di operare in modo trasparente e responsabile nei confronti dei malati, nonché dei familiari e di tutti i portatori di interesse attraverso una valutazione sistematica degli interventi e dei risultati ottenuti.

In ambito territoriale, le cure palliative domiciliari consistono nella presa in carico del malato e della sua famiglia direttamente a casa.

Sono costituite da prestazioni multidisciplinari che prevedono la pronta disponibilità medica nelle 24 ore, in più sono composte da interventi programmati ed articolati su sette giorni da un'equipe di professionisti esperti delle Unità di Cure Palliative in collaborazione con il medico di medicina generale. I requisiti necessari per far sì che un utente possa accedere a questa tipologia di cure sono:

- Consenso alle cure domiciliari;
- Indicazioni al trattamento di tipo palliativo per migliorare la qualità di vita e i disturbi, in persone con una fase avanzata della malattia;
- Ambiente abitativo e familiare adatto;
- Livello di complessità ed intensività delle cure compatibili con l'ambiente domestico;
- Disponibilità delle famiglie a collaborare.

Una volta effettuata la richiesta di aderire a questa tipologia di cure da parte del medico di medicina generale, o a seguito di una dimissione protetta da parte di un reparto ospedaliero, le cure palliative vengono attivate.

Oltre alle cure domiciliari, in ambito territoriale è presente la struttura socio-assistenziale dell'Hospice, un servizio previsto dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), che garantisce il complesso integrato di accertamenti diagnostici, prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, l'assistenza farmaceutica, la somministrazione di preparati di nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere e il sostegno spirituale.

Hospice è una parola inglese e deriva dal latino *hospitium*, è una struttura residenziale alternativa o complementare al domicilio del paziente, volta a garantire prestazioni assistenziali di cure palliative rivolte a quei malati affetti da malattie inguaribili in fase avanzata ed evolutiva. L'approccio al paziente che possiamo ritrovare nell'Hospice è di tipo multidisciplinare e multiprofessionale. Composto da un'equipe comprendente: medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, assistente spirituale e volontario. Gli Hospice sono situati all'interno di strutture ospedaliere o sul territorio e possono essere gestiti direttamente dalle Aziende sanitarie o da associazioni di volontariato no profit in convenzione con le Aziende Sanitarie. Dal punto di vista organizzativo hanno alcune caratteristiche peculiari, che hanno come scopo quello di ricreare un ambiente quanto più possibile a quello domestico come ad esempio: l'accesso libero ai familiari, la possibilità di condividere alcuni spazi, il calore dell'arredamento e l'organizzazione di attività che soddisfino i bisogni relazionali del paziente.[14][15]

3.3 CORE COMPETENCE ITALIANO DELL'INFERMIERE IN CURE PALLIATIVE

A circa due anni dall'approvazione della legge 38/2010 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), un gruppo di infermieri appartenente alla Società Italiana di Cure Palliative (SICP), decide di lavorare ad un progetto, ovvero, alla stesura di un Core Curriculum Infermieristico in Cure Palliative (CCICP). Questa idea nasce per poter dare una risposta all'esigenza di formazione specifica degli infermieri che operano all'interno di strutture sanitarie, pubbliche e private della Rete delle Cure Palliative.

Basato sulla revisione di sette curriculum già esistenti, messi in relazione con le indicazioni dell'EAPC (European Association for Palliative Care) ed il modello di riferimento NURSING UMANISTICO di Josephine Paterson e Loretta Zderad, all'interno del documento possiamo ritrovare cinque competenze che caratterizzano il Core Curriculum dell'Infermiere in Cure Palliative:

1. Competenze etiche: finalizzate alla comprensione delle situazioni cliniche difficili dell'assistenza con sensibilità ed attenzione, in modo globale, tollerante e non giudicante;
2. Competenze cliniche: appropriati interventi di valutazione e trattamento dei sintomi della fase avanzata di malattia in ogni patologia evolutiva, nel rispetto della proporzionalità e della rimodulazione delle cure;
3. Competenze comunicative e relazionali: finalizzate ad un'assistenza rispettosa dell'unicità del paziente, della sua dignità e volontà;
4. Competenze psicosociali: per un'assistenza attenta ed efficace alla globalità dei bisogni, espressi e non;
5. Competenze di lavoro in équipe: per un approccio integrato alla gestione dei problemi assistenziali.

Oltre ad un Curriculum professionale, l'infermiere palliativista deve avere una vera e propria formazione diversificata secondo i livelli di responsabilità richiesti dalla complessità assistenziale e dal numero dei pazienti assistiti. Facendo fede alle Linee Guida EAPC, quindi, si possono avere tre diversi livelli formazione:

1. Livello A (formazione di base): studenti afferenti ai corsi di laurea e professionisti sanitari qualificati, che lavorano nell'ambito dell'assistenza generale e che possono trovarsi ad affrontare situazioni che richiedono un approccio palliativo;
2. Livello B (post lauream): professionisti sanitari qualificati che lavorano o in ambito specialistico di Cure Palliative o in un ambito generico rivestendo il ruolo di "persona risorsa". Sono professionisti sanitari qualificati che affrontano spesso situazioni connesse alle Cure Palliative (Oncologia, Assistenza di Comunità, Pediatria, Geriatria);
3. Livello C (avanzata, post lauream): professionisti sanitari qualificati, responsabili di unità di Cure Palliative o che offrono servizio di consulenza e/o che contribuiscono attivamente alla formazione e alla ricerca in Cure Palliative.[16][17]

CAPITOLO 4: IL METADONE NELLA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO SECONDARIO A NEOPLASIA

4.1 INTRODUZIONE

Il metadone è un farmaco appartenente alla classe degli analgesici oppioidi, ma a differenza della morfina non è di origine naturale ma sintetica.

Come la morfina, è un potente agonista dei recettori oppioidi μ ma rispetto a quest'ultima ha una durata d'azione e una potenza maggiore se assunto per via orale, provoca meno euforia e ha una più duratura azione farmacologica, è molto meglio assorbito rispetto alla morfina e determina come quest'ultima stipsi ed induce a dipendenza fisica.

I recettori oppioidi sono localizzati lungo le vie del dolore dell'organismo e il loro compito è quello di modulare la neurotrasmissione degli impulsi. Di conseguenza, quando questi recettori sono stimolati, si induce analgesia.

Tra i vantaggi riportati per l'uso del metadone ci sono: alta biodisponibilità sia orale che rettale, un'attività analgesica multimodale con un'algesia duratura nel tempo, una mancanza di metaboliti attivi, un'escrezione prevalentemente fecale, un basso costo e solitamente un debole effetto immunodepressivo.

Sono numerosi anche gli svantaggi però, come l'alto legame con le proteine plasmatiche e la lunga e variabile emivita plasmatica, un ampio metabolismo con il citocromo P450 e le conseguenti numerose interazioni farmacologiche, la possibile comparsa di un incremento nell'intervallo QT all'elettrocardiogramma, reazioni cutanee quando la somministrazione è per via sottocutanea ed essendo un farmaco che si accumula nei compartimenti extra-vascolari, sua tossicità può perdurare anche dopo la sospensione dello stesso

Le differenze più importanti con gli altri oppioidi sono: la sua notevolissima biodisponibilità orale che arriva fino al 90%, inoltre, può essere rilevato nel plasma dopo 30 minuti dalla somministrazione orale, con livelli plasmatici di picco dopo 4-6 ore e la sua variabile e prolungata durata d'azione che può oscillare tra le 12 a le 150 ore, dopo una singola dose.[18]

4.2 QUESITO DI RICERCA

Il metadone, impiegato nella terapia antalgica da dolore cronico nel paziente oncologico, è correlato ad un miglioramento nella gestione del dolore e ad una migliore qualità di vita, rispetto all'impiego degli oppioidi convenzionali?

P: pazienti affetti da dolore oncologico di tipo cronico;

I: terapia antalgica con metadone;

C: impiego nella terapia antalgica di altri oppioidi;

O: miglioramento della qualità di vita e diminuzione del dolore.

OBIETTIVO

Rilevare se la somministrazione di metadone nel trattamento del dolore nei pazienti oncologici, produce un outcome più favorevole ed un miglioramento della qualità di vita, rispetto al trattamento del dolore con altre tipologie di oppioidi

4.3 MATERIALI E METODI

Tipo di studio: Revisione della letteratura.

Banca Dati: PubMed.

Key Words: methadone, cancer pain

Criteri di inclusione:

- Trial Clinici, Trial Clinici Randomizzati, Revisioni Sistematiche, Meta-analisi, pubblicati tra il 2015 ed il 2021.
- Uomini e Donne in età adulta (19+)

Criteri di Esclusione:

- Letteratura grigia, lettere, commentary, case study.
- Studi riguardanti la popolazione in età pediatrica.

La revisione della letteratura è stata condotta nei mesi di settembre e ottobre 2021, utilizzando le parole chiave methadone, cancer pain.

Dalla ricerca sono stati ottenuti 13 studi che rispondevano ai criteri di inclusione, dopo un'attenta lettura degli abstract sono stati esclusi 7 studi per non pertinenza con l'argomento.

Sono stati inclusi quindi nella revisione 6 studi, 5 Trial Clinici e 1 Revisione Sistemática.

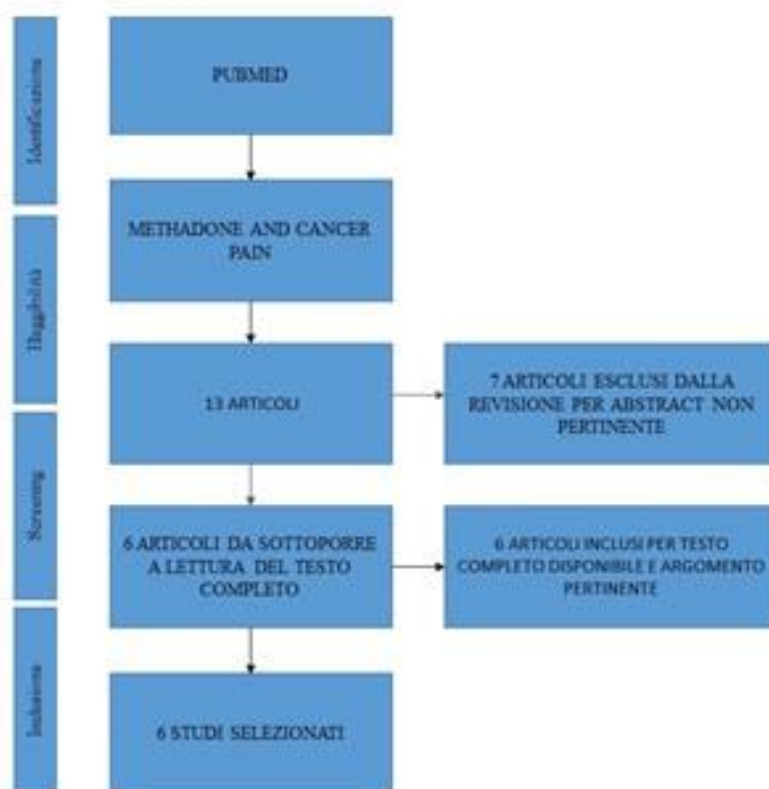


Fig. 2: Prisma Flowchart

4.4 RISULTATI

TITOLO	AUTORE ANNO	TIPO DI STUDIO	BREVE SINTESI
<i>Methadone for cancer pain. Cochrane Database</i>	<i>Nicholson, A. B. et al. (2017) [19]</i>	<i>REVISIONE SISTEMATICA</i>	<i>Viene effettuata una revisione sistemática di uno studio avvenuto nel 2004 che va a studiare l'utilizzo di metadone</i>

<i>of Systematic Reviews</i>			<i>nella terapia antalgica come sostituto di altri farmaci oppioidi ed i suoi possibili effetti avversi</i>
<i>Methadone versus Fentanyl in Patients with Radiation-Induced Nociceptive Pain with Head and Neck Cancer: A Randomized Controlled Noninferiority Trial</i>	<i>Haumann, Johan, et al. (2018) [20]</i>	<i>TRIAL CLINICO RANDOMIZZATO</i>	<i>Viene studiata la superiorità del metadone rispetto al fentanyl come terapia antalgica nel dolore neuropatico. I risultati sono stati una riduzione del livello del dolore calcolato con la scala NRS in sole 3 settimane di trattamento</i>
<i>Efficacy and Safety of Two Methadone Titration Methods for the Treatment of Cancer-Related Pain: The EQUI METH2 Trial (Methadone for Cancer-Related Pain)</i>	<i>Poulain, Philippe, et al. (2016) [21]</i>	<i>TRIAL CLINICO RANDOMIZZATO</i>	<i>Studio che mette a confronto due tipologie di somministrazione del metadone, stop and go e progressivo in pazienti con un dolore oncologico non adeguatamente allevato.</i>
<i>A Single Institution Randomized Pilot Study Evaluating Efficacy of Gabapentin and Methadone for Patients Undergoing Chemoradiation for Head and Neck</i>	<i>Hermann, Gregory M., et al. (2020) [22]</i>	<i>TRIAL CLINICO RANDOMIZZATO</i>	<i>Lo studio comparava due tipologie di terapie: gabapentin ad alta dose associato all'utilizzo di fentanyl nel caso di un aumento del dolore ed il gabapentin a basse dosi insieme al metadone. I risultati sono stati che il metadone può migliorare la qualità della vita</i>

<i>Squamous Cell Cancer</i>			<i>rispetto all'utilizzo di oppioidi con breve durata di azione, ma il dolore è comunque peggiorato.</i>
<i>Methadone is superior to fentanyl in treating neuropathic pain in patients with head-and-neck cancer</i>	<i>Haumann, J., et al. (2016) [23]</i>	<i>TRIAL CLINICO RANDOMIZZATO</i>	<i>Il trial clinico metteva a confronto l'utilizzo di Fentanyl con il Metadone come terapia antalgica. I risultati sono stati una riduzione del livello di dolore misurato con la scala NRS nei pazienti che avevano il metadone come trattamento.</i>
<i>Efficacy and Safety of Methadone as a Second-Line Opioid for Cancer Pain in an Outpatient Clinic: A Prospective Open-Label Study</i>	<i>Porta-Sales, Josep, et al. (2016) [24]</i>	<i>TRIAL CLINICO RANDOMIZZATO</i>	<i>Lo studio va a valutare l'efficacia e la sicurezza della rotazione del metadone nelle cure palliative. Le conclusioni raggiunte sono che l'utilizzo del metadone è efficace e sicuro.</i>

Tab. 1 Studi inclusi nella revisione

4.5 DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Il dolore è un fenomeno complesso che si integra nella sfera fisica, psichica, sociale, antropologica, ed altre ancora.

La IASP (International Association for the Study of Pain) nel 1979 ha definito il dolore come una “esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata o simile a quella associata a un danno tissutale reale o potenziale”. Questa definizione, utilizzata per molti anni come riferimento, nel 2018 è stata implementata con l’aggiunta di sei note integrative e dall’etimologia della parola dolore, utili per un migliore inquadramento:

- Il dolore è sempre un'esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali;
- Il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto solo dall'attività neurosensoriale;
- Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
- Il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato;
- Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico;
- La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore.

Etimologia di "pain": Middle English, dal latino poena (pena, punizione), a sua volta dal πωινή greco (pagamento, penalità, ricompensa).

In questo scenario complesso c'è anche da aggiungere che l'esperienza dolorosa non è sempre negativa anzi, in molti casi, rende possibile la sopravvivenza come nel caso in cui il dolore è un allarme che ci avverte di avvenimenti potenzialmente mortali come quando ci scottiamo o ci schiacciamo una parte del corpo. Nel momento in cui il dolore perde la sua funzione e cronicizza, come espresso dalla IASP, ci troviamo davanti invece ad una vera e propria patologia che deve essere curata.

Il paziente affetto da tumore soffre il dolore di intensità moderata o grave, tendendo al peggioramento con il progredire della malattia. Il dolore correlato al cancro può essere causato dalla massa stessa che esercita una pressione su organi o tessuti adiacenti o dalla capacità infiltrativa del tumore che invade il tessuto danneggiandolo. Il dolore ha un impatto significativo sul decorso della malattia e sulla qualità di vita. Se incontrollato è incompatibile con una qualità di esistenza soddisfacente, compromettendo la vita quotidiana, le relazioni affettive, lo svolgimento di attività lavorative e sociali. Molti studi (A Single Institution Randomized Pilot Study Evaluating Efficacy of Gabapentin and Methadone for Patients Undergoing Chemoradiation for Head and Neck Squamous Cell Cancer, Efficacy and Safety of Methadone as a Second-Line Opioid for Cancer Pain in an Outpatient Clinic: A Prospective Open-Label Study)[22][24] evidenziano l'aumento del rischio di ansia, depressione e persino ideazione suicidaria in pazienti in cui si associa

la frustrazione del proprio stato di salute compromesso, con la percezione del dolore fisico, quest'ultima condizione diventa un ulteriore peso oltre la malattia.

Il metadone è un oppioide sintetico nella classe strutturale di difenilpropilammine, sviluppato negli anni '30. È un potente agonista dei recettori mu-oppioidi e delta-oppioidi.

I recettori mu-oppioidi sono mediatori chiave in analgesia sovraspinale, invece i recettori delta svolgono un ruolo importante in analgesia spinale, per queste ragioni si è intrapreso l'uso come analgesico nel dolore da cancro. E' disponibile in diverse formulazioni (per via orale, rettale e parenterale) bene assorbito da tutte le rotte.

La somministrazione orale, che resta la più diffusa (Methadone for cancer pain 2017)[19] è seguita da rapido assorbimento gastrointestinale con rapida insorgenza dell'effetto analgesico. L'eliminazione del metadone è renale, urinaria e fecale. L'insufficienza renale non è ragione di controindicazione alla somministrazione, anzi il metadone può essere utile nella gestione del dolore nei pazienti con insufficienza renale, tuttavia presenta interazioni farmacologiche significative, difficoltà sul dosaggio della dose e la conversione da altri oppioidi.

Il metadone è stato utilizzato per molti anni come uno dei numerosi antidolorifici per il dolore oncologico, pur essendo associato ad alcuni effetti indesiderati, principalmente: sonnolenza, costipazione, ipotensione, esacerbazione di asma, depressione respiratoria, prolungamento del tratto QT e secchezza delle fauci. Questi disturbi possono essere abbastanza gravi da inibire l'assunzione o la prescrizione del metadone (Efficacy and Safety of Two Methadone Titration Methods for the Treatment of Cancer-Related Pain: The EQUIMETH Trial (Methadone for Cancer-Related Pain 2016)[21].

I risultati dei vari studi dimostrano che il metadone sembra essere un oppioide alternativo efficace e sostenibile per il trattamento dei tumori correlati al cancro. (Methadone for cancer pain 2017)[19] anche se sono necessari ulteriori studi per implementare le evidenze a supporto di tali ipotesi.

Limiti dello studio

Per gli studi sul dolore oncologico è utile sapere in quale proporzione le persone che iniziano il trattamento siano in grado di tollerarlo, quante di esse lo tollerano e ne traggono adeguato sollievo. I risultati devono essere interpretati con cautela. Sono da considerare, inoltre, gli eventi avversi tipici per gli oppioidi. Un altro limite è la difficoltà a differenziare il dolore causato dalle mucositi da radiazioni dal dolore causato dalla malattia.

CAPITOLO 5: PIANO ASSISTENZIALE SULLA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

<i>CLASSIFICAZIONE DIAGNOSI INF.</i>	<i>DIAGNOSI INFERM.</i>
REALE/ATTUALE/PROBLEM FOCUSED	Dolore Cronico
BENESSERE	Disponibilità a migliorare il benessere
RISCHIO	Rischio di sindrome da immobilizzazione
SINDROME	Sindrome del dolore cronico
PROBLEMA COLLABORATIVO	Intossicazione da farmaci

Tab. 2 Diagnosi Infermieristiche

DIAGNOSI INFERMIERISTICA PROBLEM FOCUSED

Dolore Cronico, correlato ad esperienza sensoriale emotiva spiacevole, secondario a patologia oncologica

DEFINIZIONE: Esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale, o che viene descritta nei termini di tale danno; insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a grave, costante o ricorrente, senza un termine previsto o prevedibile e con una durata superiore a 3 mesi.[25]

CARATTERISTICHE DEFINENTI:

- Documentazione dell'intensità attraverso la somministrazione di scale del dolore;
- Alterazione del modello di sonno;
- Alterazione della capacità di continuare le attività precedenti;
- Anoressia;
- Attenzione concentrata su di sé;
- Espressioni di dolore sul viso.[25]

OBIETTIVI:

- La persona riferirà un miglioramento della sensazione dolorosa nell'arco di 1 giorno a seguito della somministrazione della terapia;
- La persona sarà in grado di gestire la terapia farmacologica nell'arco di 3 giorni;
- La persona sarà in grado di assumere le posizioni antalgiche.

NOC:

INDICATORI	MAI DIMOSTRATO	RARAMENTE DIMOSTRATO	TALVOLTA DIMOSTRATO	SPESSO DIMOSTRATO	COSTANTEMENTE DIMOSTRATO
STABILISCE OBIETTIVI DI SOLLIEVO DAL DOLORE CON IL PROFESSIONISTA DELLA SALUTE	1	2	3	4	5
USA GLI ANALGESICI COME RACCOMANDATO	1	2	3	4	5
RIFERISCE CAMBIAMENTI RELATIVI AI SINTOMI DI DOLORE AL PROFESSIONISTA DI SALUTE	1	2	3	4	5
RIFERISCE CHE IL DOLORE È SOTTO CONTROLLO	1	2	3	4	5
USA UN DIARIO PER MONITORARE I SINTOMI NEL TEMPO	1	2	3	4	5

Tab. 3 Noc Piano Assistenziale Problem Focused [26]

NIC:

- Assicurare che la persona riceva un sollecito trattamento analgesico prima che il dolore si aggravi o prima delle procedure dolorose;
- Modificare le misure di controllo del dolore in funzione della risposta della persona assistita al trattamento;
- Valutare insieme alla persona assistita l'efficacia delle misure di controllo del dolore adottate in passato;
- Valutare a intervalli prefissati la soddisfazione della persona assistita per la gestione del dolore.[26]

DIAGNOSI INFERMIERISTICA DI BENESSERE

Disponibilità a migliorare il benessere.

DEFINIZIONE:

Modello di comfort, vigore, sollievo e trascendenza che interessa le dimensioni fisica, psicologica, spirituale, ambientale e sociale per il benessere che può essere rafforzato.[25]

CARATTERISTICHE DEFINENTI:

- Espresso desiderio di aumentare il proprio benessere;
- Espresso desiderio di aumentare il senso di contentezza;
- Espresso desiderio di migliorare il rilassamento;
- Espresso desiderio di migliorare la risoluzione dei motivi di insoddisfazione.[25]

OBIETTIVI:

- L'assistito riferirà un aumentato senso di contentezza;
- L'assistito riferirà una risoluzione dei problemi di insoddisfazione;
- L'assistito riferirà un miglior rilassamento.

NOC:

- Benessere personale;
- Livello di ansia;
- Comportamenti orientati alla ricerca della salute.[25]

NIC:

- Educare il paziente alla salute;
- Potenziare la consapevolezza di sé;
- Assistere alla modifica di sé.[25]

DIAGNOSI INFERMIERISTICA DI RISCHIO

Rischio di sindrome da immobilizzazione

DEFINIZIONE:

Vulnerabilità al deterioramento di sistemi corporei per inattività muscoloscheletrica prescrivibile o inevitabile, che può compromettere la salute.[25]

FATTORI DI RISCHIO:

- Dolore;
- Immobilizzazione meccanica;
- Immobilizzazione prescritta.[25]

OBIETTIVI:

- La persona riferirà non presenterà lesioni tissutali;
- La persona sarà in grado di deambulare.

NOC:

INDICATORI	<i>GRAVE</i>	<i>SOSTANZIALE</i>	<i>MODERATO</i>	<i>LIEVE</i>	<i>NESSUNO</i>
<i>PERDITA DEL SENSO DI CONTROLLO</i>	1	2	3	4	5
<i>COMPROMISSIONE DELLA MOBILITÀ</i>	1	2	3	4	5
<i>MANCANZA DI SPERANZA</i>	1	2	3	4	5
<i>COMPROMISSIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA</i>	1	2	3	4	5

Tab. 4 Noc Piano Assistenziale Rischio di Sindrome da Immobilizzazione[26]

NIC:

- Promuovere l'assistenza della persona allettata per la prevenzione delle complicanze;
- Eliminare o ridurre ad un livello accettabile il dolore della persona;
- Posizionare la persona o un segmento del suo corpo per promuovere il benessere fisico.[25]

DIAGNOSI INFERMIERISTICA A SINDROME

Sindrome del dolore cronico

DEFINIZIONE:

Dolore ricorrente o persistente che dura da almeno tre mesi e che influenza in modo significativo lo svolgimento delle attività quotidiane o il benessere.[25]

CARATTERISTICHE DEFINENTI:

- Mobilità compromessa;
- Paura;
- Regolazione dell'umore compromessa;
- Isolamento sociale.[25]

OBIETTIVI:

- La persona riferirà un miglioramento della sensazione dolorosa nell'arco di 1 giorno a seguito della somministrazione della terapia;
- La persona sarà in grado di gestire la terapia farmacologica nell'arco di 3 giorni;
- La persona sarà in grado di assumere le posizioni antalgiche.

NOC:

INDICATORI	GRAVE	SOSTANZIALE	MODERATO	LIEVE	NESSUNO
<i>DISINTERESSE DELLA VITA</i>	1	2	3	4	5
<i>DIFFICOLTÀ A PRENDERE SONNO</i>	1	2	3	4	5
<i>PREOCCUPAZIONE PER LA CAUSA DELLA PAURA</i>	1	2	3	4	5
<i>ESAURIMENTO FISICO</i>	1	2	3	4	5

Tab. 4 Noc Piano Assistenziale Sindrome del Dolore Cronico[26]

NIC:

- Gestire i farmaci;
- Gestire il dolore;
- Somministrare analgesici;
- Educare sulle posizioni antalgiche.[25]

PROBLEMA COLLABORATIVO

Rischio di intossicazione da farmaci

DEFINIZIONE:

Stato patologico causato dall'azione di una sostanza esogena o endogena tossica per natura o per dosaggio.

CARATTERISTICHE DEFINENTI:

- Impropria gestione della terapia farmacologica.

OBIETTIVI:

- L'infermiere monitorerà la corretta gestione della terapia farmacologica;
- L'infermiere educerà la famiglia al riconoscimento dei segni e sintomi di un eventuale intossicazione dovuta ai farmaci. [27]

NOC:

- L'assistito dimostra di essere compliant nella gestione della terapia farmacologica;
- L'assistito non incorre nel rischio di sovradosaggio della terapia farmacologica prescritta.

NIC:

- Educare l'assistito alla corretta assunzione della terapia farmacologica prescritta;
- Informare l'assistito su eventuali strategie da porre in essere per evitare errori nell'assunzione della terapia (es. portapillole settimanale).

CONCLUSIONI

Nonostante le novità apportate negli ultimi anni rispetto alla gestione del dolore cronico, gli studi e le esperienze in ambito clinico dimostrano che c'è ancora molto da fare per rendere migliore la vita del malato oncologico.

Gli interventi andrebbero implementati su più livelli a partire dalla medicina territoriale.

Il dolore è un'esperienza soggettiva e difficile da trattare, le terapie farmacologiche attualmente disponibili partono dai fans, fans associati ad oppioidi leggeri, oppioidi pesanti e farmaci adiuvanti; i fans e gli oppioidi leggeri pur avendo un'ottima compliance dal punto di vista dell'autogestione a domicilio, portano velocemente il paziente a raggiungere il "livello tetto", con la necessità di passare agli oppioidi pesanti molto più difficili da gestire in autonomia.

Per il miglioramento della gestione territoriale del dolore cronico, sarebbe utile fornire al paziente una scheda di autosomministrazione giornaliera, che da una parte aiuti l'assistito a monitorare adeguatamente i livelli di dolore e dall'altra il Medico e L'Infermiere nella valutazione dell'efficacia della terapia farmacologica.

Negli ultimi anni il dolore è sempre più al centro dell'assistenza, in particolar modo esistono schede di valutazione mirate e dedicate ai pazienti affetti da dolore cronico secondario a patologia reumatoide, alla stessa maniera dovrebbe esistere una scheda di valutazione del dolore nel paziente oncologico, che valuti non solo la dimensione del dolore fisico ma anche quello spirituale e la qualità di vita che tende a diminuire a causa degli effetti collaterali secondari a terapie oncologiche come ad esempio alopecia, emorragie, nausea o problemi cognitivi.

“Non sai mai quanto sei forte fino a quando essere forte è la sola scelta che hai”

Cayla Mills

SITOGRAFIA

- [1] <<https://medicinadeldolore.org/definizione-di-dolore/>> ultimo accesso il 10/09/2021
- [2] <https://www.treccani.it/enciclopedia/basi-biologiche-del-dolore_%28XXI-Secolo%29/> ultimo accesso il 15/09/2021
- [3] <<https://www.nientemale.it/enciclopedia/il-dolore-come-si-definisce-come-si-classifica/>> ultimo accesso il 17/09/2021
- [4] <<https://www.docgenerici.it/patologie/il-dolore/>> ultimo accesso il 30/09/2021
- [5] <<https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/come-affrontare-la-malattia/dolore-oncologico-faq>> ultimo accesso il 30/09/2021
- [6] <<https://www.nurse24.it/dossier/dolore/gestione-del-dolore-le-scale-validate-e-piu-utilizzate.html>> ultimo accesso il 01/10/2021
- [7] <<https://www.nurse24.it/dossier/dolore/infermiere-nella-gestione-del-dolore-acuto-e-cronico.html>> ultimo accesso il 03/10/2021
- [8] <<https://www.paginemediche.it/medicina-e-prevenzione/prevenzione-e-terapie/trattamento-del-dolore>> ultimo accesso il 03/10/2021
- [9] <<https://www.my-personaltrainer.it/salute-benessere/terapia-del-dolore.html>> ultimo accesso il 03/10/2021
- [10] <<https://www.nurse24.it/infermiere/farmaci/fans-farmaci-antinfiammatori-non-steroidi.html>> ultimo accesso il 04/10/2021
- [11] <<https://www.doveecomemicuro.it/enciclopedia/pharma/paracetamolo-mechanismo-azione-effetti-collaterali>> ultimo accesso il 04/10/2021
- [12] <<https://www.my-personaltrainer.it/salute/morfina.html>> ultimo accesso il 06/10/2021
- [13] <<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/cure-palliative>> ultimo accesso il 10/10/2021
- [14] <https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3766&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=cure> ultimo accesso il 10/10/2021

[15] <<https://www.vidas.it/storie-e-news/cose-da-sapere-hospice/>> ultimo accesso il 12/10/2021

[16] <<https://www.nurse24.it/specializzazioni/medico-geriatrica-pediatria-psichiatria/infermiere-terapia-antalgica-e-hospice.html>> ultimo accesso il 12/10/2021

[17] <https://repository.supsi.ch/9998/1/definitivo%20SICP_CCIICP_2018.pdf> ultimo accesso il 13/10/2021

[18] <<https://www.stateofmind.it/2017/11/metadone-quando-usarlo/>> ultimo accesso il 13/10/2021

BIBLIOGRAFIA

[19] Nicholson, A. B., Watson, G. R., Derry, S., & Wiffen, P. J. (2017). Methadone for cancer pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

[20] Haumann, J., van Kuijk, S. M., Geurts, J. W., Hoebbers, F. J., Kremer, B., Joosten, E. A., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. (2018). Methadone versus Fentanyl in Patients with Radiation-Induced Nociceptive Pain with Head and Neck Cancer: A Randomized Controlled Noninferiority Trial. *Pain Practice*, 18(3), 331-340.

[21] Poulain, P., Berleur, M. P., Lefki, S., Lefebvre, D., Chvetzoff, G., Serra, E., ... & Saffon, N. (2016). Efficacy and safety of two methadone titration methods for the treatment of cancer-related pain: the EQUI METH2 trial (methadone for cancer-related pain). *Journal of pain and symptom management*, 52(5), 626-636.

[22] Hermann, G. M., Iovoli, A. J., Platek, A. J., Wang, C., Miller, A., Attwood, K., ... & Singh, A. K. (2020). A single-institution, randomized, pilot study evaluating the efficacy of gabapentin and methadone for patients undergoing chemoradiation for head and neck squamous cell cancer. *Cancer*, 126(7), 1480-1491.

[23] Haumann, J., Geurts, J. W., Van Kuijk, S. M. J., Kremer, B., Joosten, E. A., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. J. (2016). Methadone is superior to fentanyl in treating neuropathic pain in patients with head-and-neck cancer. *European Journal of Cancer*, 65, 121-129.

[24] Porta-Sales, J., Garzón-Rodríguez, C., Villavicencio-Chávez, C., Llorens-Torromé, S., & González-Barboteo, J. (2016). Efficacy and safety of methadone as a second-line

opioid for cancer pain in an outpatient clinic: A prospective open-label study. *The oncologist*, 21(8), 981.

[25] Wilkinson, J. M., Barcus, L., Meneghetti, O., & Rigon, L. A. (2017). Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC. CEA.

[26] Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. E., & Swanson, E. (2020). Classificazione NOC dei risultati infermieristici–Misurazione dei risultati di salute.

[27] Carpenito, L. J. (2020). *Diagnosi infermieristiche: applicazione alla pratica clinica*. Casa Editrice Ambrosiana.

RINGRAZIAMENTI

Ebbene sì, già sono passati tre anni, tre anni fantastaci, alternati da tristezze e gioie incredibile. Quando iniziai questo percorso non pensavo di portarlo a termine, magari non in tempo, eppure ci sono riuscito. Tutto questo però non sarebbe stato possibile se fossi stato da solo, fortunatamente ho sempre avuto persone al mio fianco che mi hanno sempre incoraggiato e aiutato, soprattutto quando era il momento di buttare il cuore oltre l'ostacolo, quando mi sentivo sopraffatto dalle paure.

La prima persona che vorrei ringraziare è mio Padre che anche se non c'è più è stato con me fino alla fine, mi ha aiutato ad affrontare le mie paure e se sono riuscito a concludere questo percorso è molto grazie a lui.

A mia Madre, che nonostante il suo modo di fare, mi ha spronato affinché potessi fare sempre meglio.

A Luciano, che con la sua esperienza da “vecchio” ha sempre cercato di insegnarmi cose nuove e vedere la vita in modo diverso.

A Maura e Andrea, il fratello e la sorella maggiori che tutti vorrebbero avere, che con il loro modo di fare mi hanno aiutato nei periodi più difficili ma anche le più grandi risate.

A Zia Mariella, che con la sua esperienza mi ha insegnato il valore di questa professione.

A Nonna Filomena, che ha sempre cercato di farmi stare bene anche se con un po' di ansia.

A Zio Luigino, che con la sua simpatia ha sempre cercato di strapparmi in un sorriso anche nei momenti più tristi.

A mio Nonno, che pur vendendoci poco, attraverso le chiamate si è sempre preoccupato di me.

A Nonna Anna, il mio Angelo che è sempre stato vicino.

Ad Attilio e Noemi, un fratello con cui ho attraversato mille avventure e sono stati al mio fianco nonostante tutto.

A Micaela, la ragazza più pazza che possa esistere sulla faccia della terra, che con i suoi “*non so niente*” mi metteva l’ansia anche se gli esami non li dovevo dare io.

A Vincenzo, il mio migliore amico, che ha sempre creduto in me.

A Pioppo, il battente più forte di Ascoli e tutto il Gruppo Gare del Sestiere che mi sono sempre stati vicini nel periodo più buio di questo percorso.

A Vanessa, che con la sua professionalità mi ha aiutato negli esami più difficili.

Alla professoressa Tiziana Traini e al Direttore Stefano Marcelli, pilastri fondamentali per il mio percorso universitario che sono stati al mio fianco, ma anche alla tutor Marida Andreucci.

Ed infine un ringraziamento lo voglio fare a Me stesso, che nonostante tutte le difficoltà che ho potuto incontrare in questi tre anni ce l’ho fatta.

Grazie infinite a tutti,

Lorenzo