



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di laurea in INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea:

**LA GESTIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO:
REVISIONE DELLA LETTERATURA E AGGIORNAMENTO DEL
PROTOCOLLO DEL DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA- OSPEDALI RIUNITI
ANCONA**

Relatore:

Dott. Maurizio Mercuri

Candidata:

Francesca Manente

Correlatore:

Dott.ssa Rosa Stoico

Anno Accademico 2018-2019

INDICE

ABSTRACT

CAPITOLO PRIMO

1 Introduzione

CAPITOLO SECONDO: MATERIALI E METODI

2.1 Revisione della letteratura

2.1.1 Obiettivo di ricerca

2.1.2 Quesito di ricerca

2.1.3 Ricerca e selezione del materiale

2.1.4 Criteri di selezione del materiale

Criteri di inclusione

Criteri di esclusione

2.2 Stesura generale dei Protocolli infermieristici

CAPITOLO TERZO: RISULTATI

3.1 Diagramma di flusso di selezione della Letteratura e tavole di

estrazione dati

3.1.1 Sintesi della Letteratura

3.2 Confronto vecchio e nuovo Protocollo

3.2.1 Stesura del nuovo Protocollo di gestione del dolore nel

paziente oncologico

CAPITOLO QUARTO: DISCUSSIONE

4.1 Discussione dei Risultati

CAPITOLO QUINTO: CONCLUSIONE

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

SCOPO: Il dolore cronico affligge la maggior parte dei pazienti con malattia tumorale ed ha un notevole impatto sulla qualità e sulla durata della vita. Il primo scopo di questa tesi è lo svolgimento della Revisione delle Letteratura per indagare e conoscere quali siano i trattamenti riguardanti la gestione del dolore nel paziente oncologico ricoverato. Trattamenti che devono essere “somministrati” quotidianamente, i quali integrano diverse discipline. Motivo per cui, tutti i professionisti sanitari devono esserne a conoscenza. Il secondo scopo è quello di andare ad aggiornare, con le evidenze ottenute dalla letteratura, il Protocollo di gestione del dolore oncologico del Dipartimento di Oncologia-Ospedali Riuniti di Ancona.

MATERIALI E METODI: E' stata effettuata una revisione della Letteratura nelle banche dati PubMed, Cochrane, Cynhal, consultando Linee Guida e Protocolli Sanitari. La ricerca bibliografica si è concentrata sulla lettura critica degli studi pubblicati negli ultimi cinque anni.

RISULTATI: Sono stati reperiti 33 studi. Gli articoli dimostrano come il dolore vari da persona a persona e sia dunque individuale e del suo aspetto multidisciplinare. I farmaci, oppioidi maggiori e minori e i non oppioidi utilizzati, non hanno subito un notevole cambiamento nel corso degli ultimi anni, per quanto riguarda somministrazione e dosaggio. Non c'è quindi un miglioramento statisticamente significativo per gli esiti, in quanto comunque il trattamento del dolore nei pazienti oncologici, continua ad essere sottovalutato.

CONCLUSIONI: Gli studi analizzati risultano concordanti tra loro. I dati riportati possono avere importanti implicazioni per il modo in cui gli infermieri possono aiutare i malati per garantire il massimo beneficio. È auspicabile inoltre che la letteratura continui a produrre studi su quali metodi educativi e terapie farmacologiche siano più efficaci.

PAROLE CHIAVI: oncologic pain management, nursing, chronic pain.

CAPITOLO PRIMO

Introduzione

La IASP (International Association for the Study of Pain - 1986) definisce il dolore come “un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. È un’esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali ed affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito”. Considerando il dolore di tipo oncologico, il manifestarsi di esso può essere provocato da diversi fattori: la massa tumorale, le eventuali patologie concomitanti o i diversi trattamenti farmacologici a cui il paziente deve sottoporsi. Lo stato di sofferenza protratto nel tempo, comporta fragilità dal punto di vista sia fisico che psichico, coinvolgendo tutte le dimensioni della persona.

Dall’articolo 18 del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche: “L’infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell’assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi ad esso correlati, nel rispetto della volontà della persona”.

Ai fini dell’assistenza, è importante conoscere quali siano gli interventi per gestire al meglio il “dolore da cancro”.

Questa tesi è stata redatta con il primo scopo di indagare la letteratura presente riguardante il trattamento del dolore oncologico, s’affronterà dunque il tema del dolore nei malati di cancro, dei vari approcci terapeutici per gestirlo, farmacologici e non, andando ad evidenziare l’importanza di una corretta gestione clinica che rappresenta un impegno condiviso tra le numerose figure professionali.

Il secondo scopo è la proposta di aggiornamento del Protocollo Operativo per la gestione del dolore nel paziente oncologico in vigore dal 30/03/2011, del Dipartimento di Oncologia-Ospedali Riuniti di Ancona.

La stesura del documento è stata completata riportando le evidenze ritrovate in letteratura, andando a toccare quindi in maggior modo l'argomento riguardante i farmaci antalgici.

Gli altri punti del Protocollo verranno poi sviluppati in seguito.

CAPITOLO SECONDO

Materiali e metodi

2.1.1 Obiettivo della ricerca

L'obiettivo della ricerca è cercare in letteratura le evidenze più aggiornate sul trattamento del dolore oncologico, per poter avere una conoscenza ottimale della gestione multidisciplinare.

2.1.2 Quesito di ricerca

Il dolore cronico che molti pazienti oncologici vivono e devono sopportare può influire in maniera negativa sulla qualità di vita.

Qual è la miglior assistenza per la gestione del dolore nel paziente oncologico?

Quali tipi di interventi farmacologici risultano efficaci sul livello del dolore?

P paziente: Paziente adulto oncologico

I intervento: Interventi educativi per il trattamento del dolore

O Obiettivo: Migliorare la qualità di vita dei pazienti ricoverati

Disegno dello studio

È stata condotta una revisione della letteratura.

2.1.3 Strategie di ricerca

Per rispondere ai quesiti di ricerca è stata effettuata una revisione della letteratura riguardo l'efficacia degli interventi per il trattamento del dolore oncologico.

Sono state consultate le banche dati Pubmed, Cochrane Database of Systematic Re-view e Cynhal in modo retroattivo di 5 anni.

Sono state esaminate le Linee Guida AIOM e CDC per la terapia del dolore in oncologia.

La ricerca della letteratura è stata effettuata nei mesi di Dicembre 2019 e Gennaio 2020.

2.1.4 Criteri di selezione del materiale

I criteri di inclusione degli studi selezionati sono stati:

Pertinenza al tema di studio: dolore cronico da cancro, nursing care, gestione del dolore e trattamento farmacologico.

Lingua: italiano, inglese.

Tipologia di rivista: preferenze per le riviste relative all'area oncologica clinica, nursing oncologico.

Tipologia di studio: studi sperimentali, studi longitudinali, trial terapeutici, revisioni sistematiche.

Complessivamente la revisione di letteratura si è basata su 33 articoli che saranno citati nel testo e riportati nella lista delle referenze finali.

Criteri di inclusione

- Pazienti oncologici affetti da dolore cronico.
- Pazienti di età superiore ai 18 anni.
- Pazienti coscienti.

Criteri di esclusione

- Pazienti pediatrici.
- Pazienti con problemi cognitivi e psichiatrici.
- Pazienti in stato di coma.
- Pazienti con dolore non connesso alla malattia oncologica.

2.2 Stesura generale dei Protocolli infermieristici

Il protocollo infermieristico è uno strumento di integrazione orizzontale tra i professionisti. Viene utilizzato dai medesimi attraverso lo studio di evidenze scientifiche ed esperienziali e deve essere utilizzato nel contesto in cui è stato elaborato.

Alla base della sua elaborazione c'è quindi una ricerca scientifica, che viene anche richiamata all'interno del Codice Deontologico nell' Articolo 9 – “L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.”

All'interno del documento vengono indicati e descritti i comportamenti ritenuti ottimali per una determinata situazione clinica. Il protocollo quindi, è una raccolta di risultati ottenuti per trattare problemi di pertinenza infermieristica che devono essere affrontati; indicatori e standard per la valutazione di efficacia; legenda con abbreviazioni; definizioni e terminologia; responsabilità con strumenti di riferimento e registrazione; riferimenti normativi e documentali.

Definire in modo puntuale un concetto o un'azione ha un valore sostanziale, in quanto serve a stabilire l'argomento in maniera precisa così da evitare interpretazioni personali ed errori.

Anche qui, dall'articolo 37 del Codice Deontologico – “L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.”

Viene realizzato da diverse figure professionali e poi approvato in seguito dai diversi coordinatori e direttori, rispetto alla SOD in cui dovrà essere applicato.

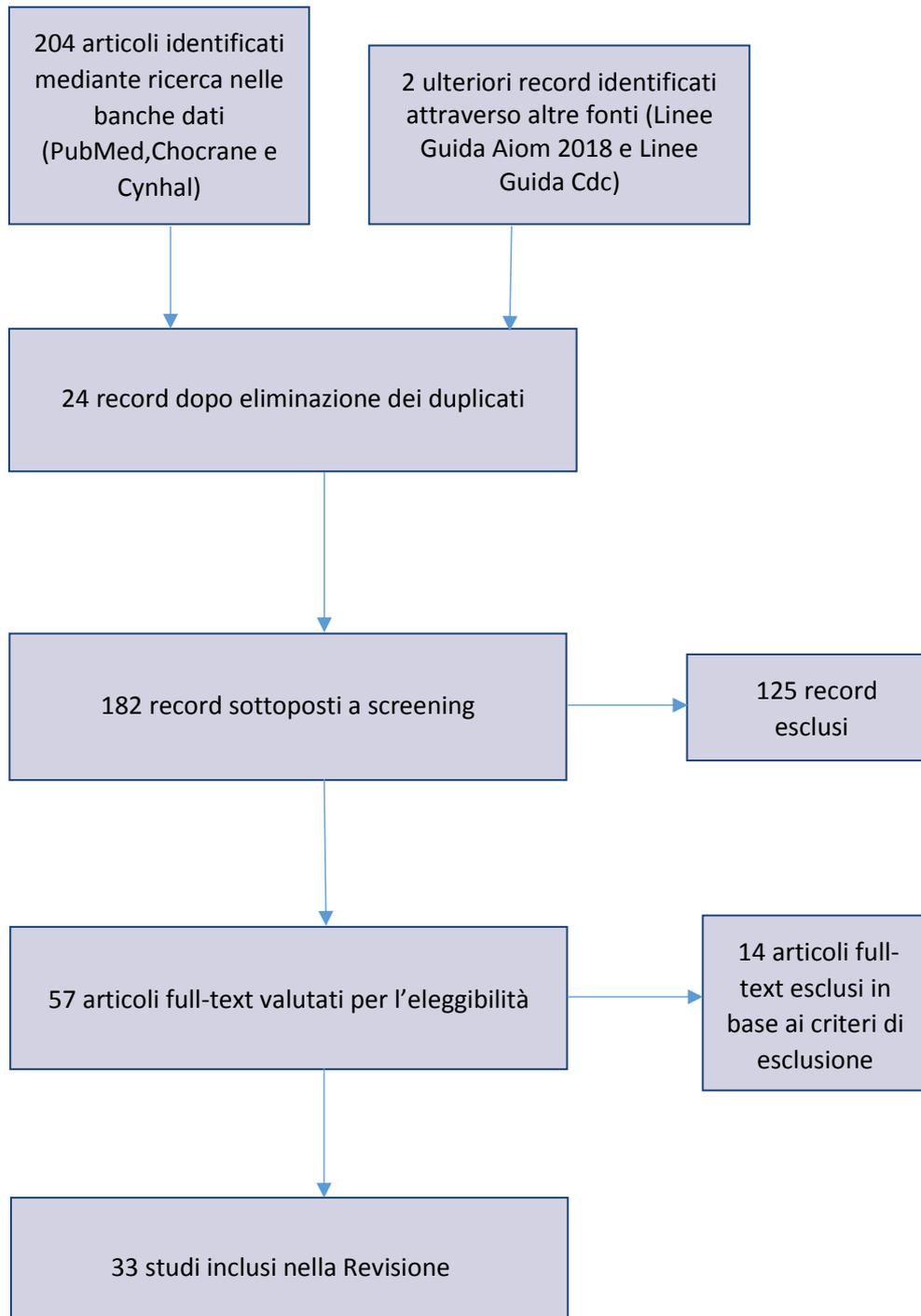
Nello specifico, il Protocollo del Dipartimento di Oncologia - Ospedali Riuniti di Ancona è caratterizzato da 12 capitoli che fanno parte dell'indice che vanno ad indicare: introduzione, obiettivi, responsabilità, destinatari, documenti di riferimento, abbreviazioni, glossario, descrizione delle attività, farmaci antidolorifici, complicanze, allegati e bibliografia. L'aggiornamento dello stesso, comprenderà i medesimi punti. In riferimento al Profilo Professionale dell'Infermiere, nel terzo comma del **DM 739/94** viene individuato l'infermiere quale garante della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, funzione che sottolinea l'importanza della cooperazione tra la professione infermieristica e quella medica, evidenziando ancora una volta il ruolo dell'infermiere all'interno dell'équipe multidisciplinare.

In conclusione, sono presenti nella tesi quei punti del Protocollo che sono stati oggetto di revisione, gli altri verranno trattati successivamente.

CAPITOLO TERZO

Risultati

3.1 Diagramma di flusso di selezione della Letteratura



3.1 Tabelle di estrazione dati

Tabella 1.

TITOLO	AUTORI	METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI
Integrative and complementary health practice: an integrative review about non pharmacological measures for oncologic pain. (2015)	Raphael Dias de Mello Pereira, Wagner Washington Oliveira da Silva, Josemere Cavalcante Ramos, Neide Aparecida Titonelli Alvim, Claudia Dayube Pereira, Tallyta Rodrigues Rocha.	Revisione integrativa volta a rispondere alla domanda "Quali PICS sono presenti come misure non farmacologiche per il dolore da cancro, i suoi limiti e le possibilità di utilizzo nelle cure infermieristiche?".	Negli approcci indicati come i principali produttori di efficacia si mettono in evidenza le strategie educative per la gestione del dolore.	La produzione attorno al tema è incipiente e, sebbene ci siano limiti alla sua applicazione, questi non precludono il suo uso personalizzato nelle cure infermieristiche.
Evidence - based management of cancer pain. (2018)	Jason A. Webb and Thomas W. LeBlanc.	Letteratura pubblicata in Medline, Linee Guida pertinenti, documenti, libri di testo ed esperienza clinica.	Per la maggior parte dei pazienti con dolore da cancro, un modello in due fasi è più pratico. Nei pazienti trattati al passaggio 1 che sviluppano un dolore moderato richiedono l'escalation direttamente al passaggio 3, con bassi dosaggi di un oppioide forte. Le prove suggeriscono che la morfina a basso dosaggio è più efficace per il dolore da cancro moderato rispetto a un oppioide debole e può essere utilizzata in sicurezza con un profilo di rischio simile.	Questo articolo riassume un approccio pratico alla valutazione e alla gestione del dolore correlato al cancro. Non esiste un approccio unico per il dolore oncologico; piuttosto, ogni paziente e situazione richiede una filosofia di cura personalizzata e adattiva.

<p>Provision of Palliative Care and Pain Management Services for Oncology Patients. Journal of the National Comprehensive Cancer Network Volume 11 Supplemento 1. (2015)</p>	<p>Paolo Marchetti, Raymond Voltz, Carmen Rubio, Didier Mayeur, Andreas Kopf.</p>	<p>Due dipartimenti di Medicina Palliativa e Centro di Oncologia Integrata a Roma hanno iniziato degli interventi di cure di supporto per trattare i sintomi legati alla chemioterapia e al cancro.</p>	<p>Dopo l'integrazione di un approccio sistematico agli interventi di cure palliative all'interno del dipartimento di oncologia, il numero di riammissioni è diminuito ed anche il numero di ricoveri di fine vita è diminuito. Questi dati iniziali mostrano che l'integrazione è di supporto e le cure palliative nei servizi di oncologia possono migliorare l'assistenza al paziente e possono offrire un vantaggio economico.</p>	<p>Riconoscere la necessità di cure palliative e servizi di gestione del dolore è il primo passo nel processo di implementazione dei programmi e del miglioramento delle pratiche.</p>
<p>Guided Imagery for Pain Control. (2015)</p>	<p>Peggy Burhenn, Jill Olausson, Griselda Villegas, Kathy Kravits.</p>	<p>L'obiettivo dello studio degli autori era quello di testare la fattibilità di un'immagine guidata da alcune infermiere. Intervento su due unità mediche ospedaliere oncologiche.</p>	<p>Le infermiere che hanno fornito immagini guidate, hanno dichiarato che le loro esperienze sono state positive e che hanno notato un reciproco beneficiare e una soddisfazione interna nel fornire assistenza di alta qualità ai pazienti.</p>	<p>Il progetto ha avuto successo nel mostrare che le "infermiere oncologiche" ospedaliere possono insegnare a fornire immagini guidate per il controllo del dolore.</p>
<p>Cancer-Related Pain: Assessment and management with Putting Evidence Into Practice interventions. (2017)</p>	<p>Jeannine M. Brant, Linda H. Eaton, and Margaret M. Irwin.</p>	<p>Quattro revisioni sistematiche che comprendono 462 studi sulla gestione del dolore oncologico.</p>	<p>La PEP è facilmente accessibile a organizzazioni e agli infermieri di oncologia e può essere utilizzata per migliorare la qualità della cura del cancro.</p>	<p>Infermieri oncologici e operatori sanitari hanno una responsabilità verso i pazienti e i membri della famiglia. Applicare le conoscenze basate sulla</p>

				ricerca per esercitarsi.
Supporting self-management of pain in cancer patients: Methods and lessons learned from a randomized controlled pilot study. (2015)	Antje Koller, Christine Miaskowski, Sabina De Geest, Oliver Opitz, Elisabeth Spichiger.	Uno studio controllato randomizzato, Pain Control Program (PCP). Un intervento di 10 settimane per supportare l'autogestione del dolore negli adulti, negli ambulatori di oncologia. Endpoint primari erano il dolore medio e peggiore misurato a 6, 10, 14 e 22 settimane dopo l'arruolamento.	Sono stati reclutati in totale 39 pazienti (19 interventi, 20 controlli) per 18 mesi. Durante lo studio, i criteri di inclusione sono stati ampliati. Inoltre, la tempistica strutturata delle visite di intervento è stata troppo statica per un sintomo dinamico come il dolore da cancro. L'intervento è stato ampliato per includere i sintomi che hanno gravemente influenzato l'autogestione del dolore, inclusi nausea e vomito indotti dalla chemioterapia.	Istruire i malati di cancro attraverso un trattamento complesso è una funzione importante di un intervento a supporto dell'autogestione del dolore. Lo studio pilota si è rivelato estremamente utile al fine di adattare le procedure di studio pianificate, personalizzare l'intervento in base alle esigenze e alle capacità dei pazienti al fine di migliorare la fattibilità e l'efficacia.
Pain Assessment Use of the Defense and Veterans Pain Rating Scale in patients with cancer. (2018)	Lisa M. Blackburn, Kathy Burns, Elizabeth Di Giannantoni, Karen Meade, Colleen O'Leary, and Rita Stiles.	Basato su una revisione della letteratura relativa alla valutazione del dolore funzionale.	Il 78% degli infermieri intervistati (N = 64) ha preferito il DVPRS a tutti gli altri strumenti di valutazione del dolore. I pazienti intervistati (N = 144) hanno concordato che la scala nel DVPRS era più facile da capire, più facile da usare e meglio nel descrivere il loro dolore	Soddisfazione di infermieri e pazienti. I risultati dell'indagine sono stati positivi sull'utilizzo del DVPRS per la valutazione dello stato funzionale e dell'intensità del dolore dei pazienti.

			rispetto alla scala di valutazione numerica.	
Multidimensional Treatment of Cancer Pain. (2017)	Weiyang Christopher Liu, Zhong Xi Zheng, Kian Hian Tan, Gregory J. Meredith.	Una revisione sistematica che è stata condotta con attenzione alle nuove terapie, insieme a rapporti di consenso generale che sono stati analizzati.	C'è un numero molto basso di studi di controllo randomizzati. Questo probabilmente riflette la difficoltà nel condurre questi studi in popolazioni di pazienti affette da cancro.	Sebbene negli ultimi anni siano stati compiuti progressi significativi riguardo alla comprensione e al trattamento del dolore oncologico, ci sono ancora numerosi pazienti con dolore scarsamente controllato. È necessario un piano di trattamento completo e olistico che comprende un team di specialisti qualificati.
Gestione del dolore per pazienti con cancro avanzato nell'era dell'epidemia di oppiacei. American Society of Clinical Oncology. (2020)	Shalini Dalal, Eduardo Bruera.	Articolo di revisione.	Dosi più elevate di oppioidi sono associate a rischi più elevati. Le dosi di oppioidi dovrebbero essere perseguite, se possibile, massimizzando gli approcci non oppioidi, comprese tecniche interventistiche come i blocchi nervosi. Un passaggio da un oppioide ad un altro consente la riduzione del dosaggio di oppioidi, a causa della tolleranza crociata.	La somministrazione di oppioidi e la durata della terapia dovrebbero essere divise in base alle circostanze cliniche del paziente e agli atteggiamenti.
Oppioidi nel dolore correlato al cancro: situazione	Brigitte George, Christian Minello, Gilles	Riflessione critica basata sull'analisi della letteratura e sulla pratica clinica.	Gli oppioidi forti possono essere iniziati non appena viene definita la	Il dolore cambia in modo permanente a causa dell'evoluzione

<p>attuale e prospettive. Springer-Verlag GmbH Germania, parte di Springer Nature. (2019)</p>	<p>Allano, Caroline Maindet, Alexis Burnod, Antoine Lemaire .</p>		<p>diagnosi del dolore. I fattori da considerare sono l'eziologia del dolore, farmacocinetica e farmacodinamica degli oppioidi, polimorfismo genetico, fisiologia. L'inizio degli oppioidi e la rivalutazione del dolore dinamico devono essere completamente integrati nella gestione per ottimizzare l'analgesia. È necessario rivalutare l'efficacia e la sicurezza di un forte trattamento con oppioidi, che deve essere adattato agli individui costantemente come varia nel tempo.</p>	<p>della malattia, dei trattamenti curativi e distruttivi (trattamenti concomitanti, dolore da patologie associate, comorbilità e complicanze, cambiamenti nell'ambiente..). Gli oppioidi ben gestiti sono la pietra angolare di un ambiente complesso che richiede valutazioni multidisciplinari dinamiche, integrato nel percorso di cura del paziente.</p>
<p>Una panoramica delle strategie interventistiche per la gestione del dolore oncologico. (2018)</p>	<p>Jonathan E. Silverman, Amitabh Gulati.</p>	<p>Revisione della Letteratura.</p>	<p>La concentrazione del farmaco intratecale è determinata principalmente dalla dose, che può essere stimata in base al paziente. Necessità orale di oppiacei e livello di controllo del dolore. Un fattore limitante deve essere considerato: la solubilità del farmaco, che cambia in base alla presenza di altre molecole nella soluzione e nella portata.</p>	<p>Il dolore è un'esperienza comune tra i malati di cancro. Gli approcci interventistici offrono la possibilità di controllare il dolore, migliorare la funzione e migliorare la qualità della vita, attraverso effetti analgesici diretti o attraverso la riduzione o eliminazione degli effetti collaterali dei farmaci.</p>

Effective Palliative Care: What Is Involved?. (2018)	Mehak Swami, Amy Allen Case.	Revisione della Letteratura.	Migliora la comunicazione tra pazienti e operatori sanitari. Migliora la qualità delle cure riducendo i costi.	Le cure palliative dovrebbero essere fornite ai pazienti con qualsiasi malattia grave o avanzata, indipendentemente dalla prognosi o dal trattamento specifico per la malattia. Ricerche significative dimostrano che le cure palliative migliorano l'angoscia dei sintomi; qualità della vita; benessere del paziente e della famiglia; e, in alcuni contesti, la sopravvivenza.
Gestione farmacologica del dolore da cancro. (2019)	Anna Howard, Jeannine M. Brant.	Articoli sottoposti a revisione, libri di testo, Internet. In una meta-analisi che valuta la prevalenza del dolore nel 66,4% dei pazienti, esso è stato riscontrato in pazienti oncologici con carcinoma avanzato, metastatico o terminale e il 51,9% di questi i pazienti hanno riportato dolore da moderato a grave.	Per i pazienti che soffrono di forte dolore (da 8 a 10 su una scala 0 a 10), gli oppioidi dovrebbero essere titolati più rapidamente e il ricovero può essere considerato. La dose di 24 ore può essere aumentata fino al 50%. Se il dolore migliora, ma non è adeguatamente controllato, la stessa dose deve essere ripetuta.	I farmaci sono il pilastro della gestione del dolore da cancro. Esistono prove per l'uso multimodale di oppioidi, non oppioidi e co-analgesici per gestire in modo ottimale il dolore da cancro.
Dolore cronico e refrattario. Una revisione sistematica della gestione farmacologica in oncologia.	Jeannine M. Brant, Lisa Keller, Karen McLeod, Chao Yeh, Linda H. Eaton.	Ricerca basata su 184 revisioni sistematiche, meta-analisi, studi di ricerca e Linee Guida.	Gli oppioidi sono il pilastro della gestione del dolore oncologico, ma l'evidenza supporta l'uso di co-analgesici e	Il dolore da cancro è un problema comune e significativo nei pazienti con il cancro, eppure esistono molte

(2017)			adiuvanti per migliorare la gestione generale del dolore.	prove per gestire adeguatamente dolore da cancro e migliorare la qualità della vita.
Nonpharmacologic Pain Interventions A review of evidence-based practices for reducing chronic cancer pain. (2017)	Linda H. Eaton, Jeannine M. Brant, Karen McLeod, Chao Yeh.	Gli autori hanno trovato 154 studi che hanno affrontato interventi non farmacologici per la gestione del dolore cronico da cancro.	Gli interventi sono stati classificati in base al livello di evidenza per efficacia nella riduzione del dolore cronico da cancro. Inoltre, sono ulteriormente organizzati dal tipo di intervento: comportamentale, basato sul corpo, organizzativo, e procedurale.	Stabilire l'efficacia degli interventi non farmacologici dovrebbe essere una priorità nella ricerca oncologica affinché gli operatori sanitari possano offrire ai pazienti con dolore una gestione efficace oltre gli interventi farmacologici.
Pain and suffering. (2019)	Shaunna Siler, Tami Borneman, Betty Ferrell.	Revisione della Letteratura.	Gli infermieri di oncologia sono in prima linea nella gestione del dolore per i pazienti. Ciò include il riconoscimento dell'angoscia e della sofferenza esistenziali e la risposta alla sofferenza.	Prendersi cura dei malati di cancro con dolore richiede una risposta alla sofferenza del paziente nel suo senso più ampio. Il dolore ha un impatto su tutte le dimensioni ed anche la gestione del dolore dovrebbe affrontare tutte le dimensioni. Gli infermieri che lavorano in collaborazione con colleghi interdisciplinari possono rispondere alla sofferenza.
A Nursing Pain Assessment and Record Information System Design and Application in the	Pan-Feng Wang, Li-Qiong Shen, Hong-Jun Zhang, Bao-Hua Li, Hong Ji.	Lo studio si è svolto nell'ospedale al più alto livello di assistenza disponibile in Cina, in due reparti nel Cancer Center, con un totale	Con questo sistema, si sono acquisite ulteriori informazioni sulla gestione del dolore, gli infermieri hanno	L'informazione continua ad essere una pietra miliare dell'assistenza infermieristica clinica. Dopo la spiegazione di questo sistema, la

Oncology Department. (2018)		di 62 letti. Il sistema è composto da due parti: la valutazione del dolore e modulo di input e modulo di gestione e output del dolore.	prestato maggiore attenzione ai pazienti che soffrono di dolore e la documentazione del dolore è diventata più frequente.	gestione del dolore divenne visibile ed integrata, con forte accettazione da parte di infermieri e i medici.
Evaluation of Evidencebased Nursing Pain Management Practice. (2015)	Wenjia Song, Linda H. Eaton, Debra B. Gordon, Christine Hoyle, Ardith Z. Doorenbos.	Uno studio trasversale è stato usato per una revisione delle cartelle cliniche dei pazienti. Lo studio ha utilizzato un strumento di valutazione per valutare la documentazione infermieristica. I registri dei pazienti in un'unità di ricovero oncologica di un centro medico accademico.	I risultati dello studio forniscono implicazioni per il miglioramento della medicina elettronica e per evidenziare la necessità di comprendere le ricerche future.	Gli amministratori forniscono formazione periodica del personale su linee guida per la documentazione, gestione farmacologica del dolore basata sull'evidenza e interventi di gestione del dolore non farmacologico.
Principles of cancer pain management. The Royal Australian College of General Practitioners. (2018)	Jaclyn Yoong, Peter Poon.	Questo documento delinea alcuni aspetti della valutazione del dolore oncologico, fornisce un quadro meccanicistico per facilitare l'analisi e la guida al trattamento, e sottolinea la necessità di continuare la valutazione dell'efficacia del trattamento e della tossicità.	Nel dolore da cancro, che è spesso moderato o grave, la terapia con i farmaci oppioidi è generalmente di prima linea. Molte persone con il dolore da cancro avranno bisogno di analgesici oppioidi ad un certo punto.	Promozione dell'uso di oppioidi attraverso la scala del dolore dell'OMS è andata bene abbracciato dalla medicina generale; tuttavia, seguendo dogmaticamente le linee guida, può aumentare rapidamente il dosaggio degli oppioidi ostacolando il miglior trattamento e promuovendo effetti collaterali.
Gestione clinica del dolore e aspetti relativi alla Legge n. 38/2010.	Umberto Tarantino, Lorenzo Romano,	Articolo di Revisione.	Giudicare l'efficacia di una terapia analgesica rappresenta	In relazione alle regole introdotte dalla Legge n. 38/2010,

Pain management and issues related to Law n. 38/2010. (2015)	Eleonora Piccirilli.		una sfida clinica. Non è sufficiente fare affidamento sulla valutazione soggettiva del medico o del paziente, solo un giudizio oggettivo ed efficace che segue parametri stabiliti e condivisi tra medico, paziente e specialista durante un adeguato follow-up.	una corretta gestione del dolore clinico è un impegno condiviso tra le numerose figure professionali e le diverse strutture sanitarie che accolgono un individuo che soffre di dolore cronico.
Indagine sul consumo di oppiacei nella gestione del dolore cronico. (2016)	Renato Vellucci, Pierangelo Lora Aprile, Giuseppe Casale, Marco Nigrisoli, Emiliano Tamburini, Ennio Lubrano, Patrizia Santi, Patrizia Romualdi.	Condurre un'indagine diretta alle molteplici specialità cliniche che compongono la rete di gestione del dolore, per quantificare il fenomeno, per far capire l'attenzione e le preferenze terapeutiche in pratica clinica.	I risultati del sondaggio dimostrano come tutti gli oppiacei trovano un ruolo nella pratica clinica dei medici, in particolare l'associazione Acetaminofene-codeina. In media, i medici prescrivono la codeina nel 38% dei pazienti e il Tramadolo nel 28%. La prescrizione è molto più contenuta di altre molecole, per esempio Ossicodone, che viene utilizzato in media nell'11% dei pazienti.	Il sondaggio rivela una mancanza di omogeneità di punti di vista riguardanti la definizione di dolore cronico. Non può essere definito esclusivamente sulla base di un criterio temporale, partendo dal presupposto che questo dolore è sostenuto dalla sensibilizzazione periferica e centrale, che viene mantenuto quando l'ingresso nocicettivo è ridotto.
Oncology Nursing Forum-European Journal of Oncology Nursing Link	Andreas Charalambous.	Articolo basato sull'evidenza degli infermieri che si occupano della gestione del dolore	Le prove di questo studio hanno dimostrato che il problema della gestione del dolore	Basata sulle evidenze, la pratica deve essere nuovamente visitata e gli

<p>Evidence-based practice beliefs and behaviors of nurses providing cancer pain management. (2015)</p>		<p>da cancro. Il campione finale includeva 22 e 18 infermieri di due centri medici.</p>	<p>da cancro non è la disponibilità di linee guida, ma piuttosto il loro utilizzo nella pratica clinica.</p>	<p>infermieri rieducati nella specificità dell'argomento e nelle azioni necessarie per il suo successo. L'attuazione nella pratica, al fine di rafforzare il loro credere nei vantaggi e dell'utilizzo dell'EBP per migliorare la qualità delle cure.</p>
<p>Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. (2018)</p>	<p>M. Fallon, R. Giusti, F. Aielli, P. Hoskin, R. Rolke, M. Sharma, C. Ripamonti.</p>	<p>Le presenti Linee guida per la pratica clinica hanno esaminato i dati pubblicati e hanno mostrato la mancanza di RCT di alta qualità nella gestione del dolore correlato al cancro.</p>	<p>I pazienti devono essere informati sulla gestione del dolore, dovrebbero essere incoraggiati ad assumere un ruolo attivo nella gestione del dolore. L'inizio del dolore deve essere prevenuto mediante la somministrazione di ATC, tenendo conto dell'emivita, della biodisponibilità e della durata dell'azione di diversi farmaci. Gli analgesici per il dolore cronico dovrebbero essere prescritti su base regolare e non secondo un programma "come richiesto". La via orale di somministrazione di farmaci analgesici dovrebbe essere sostenuta come prima scelta.</p>	<p>La valutazione iniziale e permanente del dolore dovrebbe essere parte integrante della cura del cancro e indica quando è necessaria un'ulteriore valutazione completa.</p>

<p>Molecular Basis of Cancer Pain Management: An Updated Review. (2019)</p>	<p>Ayappa V. Subramaniam, Ashwaq Hamid Salem Yehya and Chern Ein Oon.</p>	<p>Questo articolo di revisione discute gli effetti avversi causati da farmaci analgesici nella gestione del dolore da cancro, a causa della diversità di ogni individuo e della variabilità nei loro genomi.</p>	<p>Questa recensione riassume l'osservato degli effetti analgesici sull'isoenzima UDP-glucuronosyl (UGT) 2B7, citocromo P450 (CYP) 2D6, Recettore μ-opioid receptor μ 1 (OPRM1), glicoproteina P (P-gp) e ATP binding-cassette B1 ABCB1 / resistenza multipla ai farmaci 1 (MDR1) sul meccanismo d'azione di questi farmaci nella gestione del dolore nel cancro.</p>	<p>I pazienti che soffrono di cancro sono generalmente sottoposti a chemioterapia, che può essere dolorosa e causare disagio. Pertanto, i pazienti faranno ricorso agli analgesici. Il genoma umano è altamente complesso ed è costituito da vari tipi di polimorfismi che differiscono da un individuo all'altro.</p>
<p>Pharmacological Treatment of Pain in Cancer Patients: The Role of Adjuvant Analgesics, a Systematic Review. (2019)</p>	<p>Marieke H.J. van den Beuken-van Everdingen, Alexander de Graeff, Joost L.M. Jongen, Denise Dijkstra, Irina Mostovaya, Kris C. Vissers.</p>	<p>Una ricerca sistematica della letteratura pubblicata utilizzando i seguenti database: MEDLINE, EMBASE e prove Cochrane.</p>	<p>Nel complesso, vi è stata una bassa qualità delle prove. Gabapentin, Pregabalin e Amitriptilina erano efficaci nel ridurre l'intensità del dolore nei pazienti con dolore oncologico. Non c'erano prove sufficienti sull'efficacia-vitalità di lamotrigina, Levetiracetam, antagonisti NMDA, cannabinoidi, corticosteroidi e anestetici locali sulla riduzione dell'intensità del dolore nei pazienti con dolore da cancro.</p>	<p>Sulla base delle prove cliniche disponibili, non c'è nessuna guida rigorosa sull'uso di analgesici adiuvanti nei pazienti con dolore neoplastico puramente neuropatico o dolore misto. Tuttavia, abbiamo provato a dare alcune raccomandazioni provvisorie. Il trattamento del dolore associato al cancro deve essere adattato al paziente.</p>
<p>The opioid crisis: Origins, trends, policies, and the roles</p>	<p>Marie A. Chisholm-Burns, Christina A.</p>	<p>Recensione che fornisce informazioni sulla crisi degli oppioidi,</p>	<p>I farmacisti hanno un ruolo fondamentale da svolgere negli</p>	<p>Numerosi studi forniscono prove sostanziali che i professionisti</p>

<p>of pharmacists. (2019)</p>	<p>Spivey, Erin Sherwin, James Wheeler, Kenneth Hohmeier.</p>	<p>tendenze e alcuni aspetti importanti legislativi.</p>	<p>interventi per affrontare l'abuso e la riduzione degli oppiacei. Tali interventi includono lo schermo del paziente, educazione del paziente e della comunità e sensibilizzazione in merito alla corretta gestione del dolore. Educazione allo stoccaggio e smaltimento sicuri, distribuzione di kit di salvataggio di naloxone e formazione sugli oppioidi e sul loro uso corretto con riferimento ai pazienti con dipendenza, tra le altre strategie.</p>	<p>possono avere un grande impatto attraverso un'adeguata gestione del dolore, formazione sulla prevenzione del sovradosaggio da oppiacei, recensioni e consulenza sui farmaci, integrati sempre con gli altri interventi.</p>
-----------------------------------	---	--	---	--

3.1.1 Sintesi della letteratura

In sintesi, la letteratura consultata sottolinea i seguenti aspetti:

- Il dolore cronico modifica la qualità di vita dei pazienti affetti da cancro.
- Il dolore cronico oncologico è multidimensionale e come tale deve essere trattato.
- Gli oppioidi ben gestiti sono la pietra angolare di un ambiente complesso che richiede valutazioni dinamiche multidisciplinari.
- Il ruolo dell'infermiere è fondamentale in quanto si trova anche nella fase di riconoscimento e valutazione.
- La letteratura sostiene l'importanza di un'accurata conoscenza da parte dei professionisti sanitari che lavorano in ambito oncologico, su cos'è il dolore e sulle sue cause, perché su questo si basa poi l'assistenza infermieristica che potrà essere personalizzata.

3.2 Confronto tra il vecchio Protocollo e la nuova proposta del documento: Tabella 2.

	Introduzione	Obiettivi	Responsabilità	Destinatari	Descrizione delle attività	Farmaci antidolorifici	Complicanze
Protocollo per la gestione del dolore nel paziente oncologico 30/03/2011	Definizione di dolore. Il ruolo che ricopre l'infermiere nella gestione del dolore. Articoli del vecchio Codice Deontologico. Parti teoriche riguardanti il dolore oncologico e i diversi tipi di esso e le sindromi neoplastiche.	Suddivisione di obiettivi generali e specifici. Identificazione di "barriere" dovute al paziente, familiari e professionisti.	Legge 15 Marzo 2010 n. 38. Mappa delle responsabilità.	Professionisti ed assistiti.	Valutazione dei dati clinici. Valutazione del dolore. Chi valuta e quando viene valutato il dolore. Interventi infermieristici per aiutare il paziente con il dolore.	Scala antalgica OMS. Descrizione dei farmaci del primo, secondo e terzo scalino.	Riguardano gli effetti collaterali dei farmaci antidolorifici. Il trattamento rientra nelle competenze specifiche dei professionisti.
Aggiornamento Marzo 2020	Definizione di dolore. Il ruolo che ricopre l'infermiere nella gestione del dolore. Articoli del nuovo Codice Deontologico (2019). Eliminazione delle parti teoriche, riduzione ai saperi essenziali e specifici.	Assemblamento di premesse e scopo in maniera chiara e concisa. Sequenza di punti in cui sono riassunti attività garantite e obiettivi prefissati.	Non trattato.	Si è cercato di rendere gli infermieri i primi destinatari del Protocollo, per poi ovviamente arrivare agli assistiti.	Non trattati in maniera completa, in quanto non sono stati argomenti di Revisione. Faranno poi parte però di quel capitolo finale, ancora non strutturato e considerato come spunto, che verrà dopo il paragrafo dei farmaci. Questo, per andare ad identificare se la soglia del sollievo da parte dei pazienti è stata raggiunta.	Scala antalgica OMS. Descrizione dei farmaci del primo, secondo e terzo scalino in base alle evidenze riscontrate dalla letteratura degli ultimi 5 anni. Particolare attenzione per le Linee Guida AIOM (2018). Stipulate sotto forma di elenco, alcune regole da seguire per la terapia.	Riguardano gli effetti collaterali dei farmaci antidolorifici, anche questi modificati rispetto alle evidenze trovate in letteratura.

3.2.1 Stesura del nuovo Protocollo di gestione del dolore nel paziente oncologico

Protocollo di gestione del dolore nel paziente oncologico, revisione Marzo 2020

Gli argomenti revisionati nel Protocollo sono stati tratti dai risultati ottenuti dalla Revisione.

Essendo state centrali le prove riguardanti i farmaci antalgici, si è deciso di andare a modificare in maggior modo quel capitolo riguardante appunto essi.

Partendo dal primo punto, le modifiche apportate all'introduzione del Protocollo sono state soprattutto quelle a livello normativo con la modifica degli articoli del vecchio Codice Deontologico, sostituendoli con quelli del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 (FNOPI). Sono state rimosse le parti teoriche, in quanto, essendo il Protocollo un documento che delinea un modello formalizzato di comportamenti professionali declinando una serie di funzioni fisiche e mentali, risulterebbe prolisso andare ad aggiungere in esso, la teoria riguardante i diversi tipi di dolore. Con un criterio di semplificazione, si è deciso di ridurre ai saperi essenziali specifici ed eliminare la parte introduttiva e narrativa di quei saperi che sono invece generali, presumendo che questo Protocollo sia ad uso esclusivo del personale infermieristico già formato ed esperto.

Nel secondo punto si è deciso di assemblare, in un solo capitolo, le premesse e gli scopi del Protocollo in maniera concisa e riassuntiva. Questo per rendere chiaro al lettore, attraverso una sequenza di punti, le attività che devono essere garantite e gli obiettivi prefissati.

Il terzo punto tratta dei farmaci Non Oppioidi e dei farmaci Oppioidi utilizzati e somministrati per la gestione del dolore nel paziente oncologico.

Sono stati quindi aggiornati quei punti, in cui, dosaggio, somministrazione o le varie Raccomandazioni si sono evoluti negli ultimi cinque anni.

Come spunto per l'aggiornamento del Protocollo, potrebbe essere aggiunta alla fine del terzo punto e quindi in questo caso del capitolo riguardante i farmaci, un paragrafo che delinei i punti fondamentali per la valutazione del dolore.

Questo per rendere chiara, dopo aver somministrato i farmaci riportati nel terzo punto, se la soglia di sollievo da parte del paziente è stata raggiunta.

Andando ad identificare quindi quali siano gli intervalli regolari per ogni farmaco per la rivalutazione del dolore o, la rivalutazione stessa, dopo ogni intervento acuto.

Non si sono condotte modifiche ed aggiornamenti degli altri titoli dell'indice, in quanto non sono stati studio di revisione e, per tale motivo, dovranno essere ancora rinnovati.

(Le modifiche rispetto alla precedente versione di Marzo 2011 sono evidenziate in giallo)

1. Introduzione

2. Premesse e Scopo

3. Farmaci antidolorifici

1. INTRODUZIONE

Per essere in condizione di garantire alla persona che abbiamo in cura la “libertà dal dolore”, bisogna partire da un inquadramento concettuale del “dolore”, condividendone una definizione dalla quale iniziare il progetto “oncologia senza dolore”.

Nel 2010 è stata emanata la Legge del 15 Marzo n. 38 che all’articolo 7 sancisce l’obbligo da parte del personale medico ed infermieristico di riportare nella documentazione clinica la rilevazione del dolore. All’interno della cartella clinica quindi, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.

Dal Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche: Articolo 18 – “L’Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell’assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.”

Ed è proprio la “vicinanza” che lo porta ad essere attento ad ogni tipo di dolore (fisico, psicosociale, emozionale, ecc.) e per realizzare questo processo di cura deve essere in grado di dare risposte competenti e/o chiedere l’intervento degli altri professionisti (Medico, Psicologo, Assistente Sociale ed altri).

Troviamo sempre nel Codice Deontologico il valore di questa affermazione.

Articolo 24 – “L’Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l’importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. L’Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell’evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.”

2. PREMESSE e SCOPO

Il clinico che ha in cura un paziente con dolore oncologico, ha la responsabilità non solo di prescrivere una terapia appropriata, ma anche di accertare l'aderenza del paziente al trattamento antidolorifico e documentarne l'esito.

L'equipe multiprofessionale che ha in cura il paziente, deve inoltre garantire:

- La presa in carico dei pazienti attraverso percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali standardizzati
- La continuità assistenziale
- La tracciabilità dei percorsi e l'esito dei trattamenti

Inoltre, una delle altre azioni prioritarie, è quella di garantire il periodico aggiornamento delle procedure sopra citate, sulla base di Revisioni e Linee Guida e valutarne l'efficacia attraverso l'uso di indicatori ed esiti.

Gli obiettivi del Protocollo sono:

- Rendere chiare e accessibili al personale sanitario le procedure terapeutiche da seguire nelle persone adulte con dolore oncologico;
- Uniformare la pratica clinica al fine di favorire un livello ottimale di erogazione delle prestazioni e conseguire un miglioramento complessivo della qualità dell'assistenza prestata;
- Migliorare il livello di consapevolezza sul tipo e sull'efficacia degli interventi offerti e ottenere un buon grado di soddisfazione dell'utenza.
- Coinvolgere il paziente nel piano assistenziale.

Questo documento non intende sostituire il giudizio di un clinico esperto, tuttavia può contribuire ad una maggior efficacia ed appropriatezza nella cura delle persone affette da dolore oncologico e di conseguenza ad un maggior controllo.

Vengono trattate le situazioni cliniche più comuni che si verificano.

3. FARMACI ANTIDOLORIFICI

Sulla base di una vasta esperienza clinica e di studi controllati con analgesici, sono state stabilite alcune regole per quanto riguarda la terapia farmacologica.

Di seguito un sommario delle 12 raccomandazioni elencate nelle linee guida CDC:

1. Una terapia non farmacologica e una terapia farmacologica non oppiacea è da preferire nel trattamento del dolore cronico.
2. Prima di iniziare una terapia per il dolore cronico con oppiacei, si dovrebbero stabilire degli obiettivi di trattamento con i pazienti.
3. Prima e durante una terapia con oppiacei, i medici dovrebbero discutere con i pazienti i rischi e i benefici associati alla terapia con tali farmaci.
4. Quando si decide di iniziare una terapia con farmaci oppiacei, i medici dovrebbero prescrivere formulazioni a rilascio immediato.
5. Quando si decide di cominciare una terapia con farmaci oppiacei, si dovrebbero prescrivere la dose minima efficace.
6. Quando gli oppiacei sono usati per trattare un dolore acuto, i medici dovrebbero prescrivere la dose minima efficace per la durata prevista della sintomatologia dolorosa (spesso 3 giorni, o meno).
7. Si dovrebbero valutare con i pazienti i benefici e i danni dopo 1-4 settimane dall'inizio della terapia o dall'aumento della dose, in caso di una terapia prolungata ogni tre mesi o più frequentemente.
8. Prima e durante la terapia con oppiacei, i medici dovrebbero valutare per ogni paziente i fattori di rischio per i potenziali danni associati.
9. I medici dovrebbero esaminare la cronologia delle prescrizioni per determinare se il paziente sta ricevendo un dosaggio o una combinazione di oppiacei ad alto rischio di overdose.
10. Prima dell'inizio della terapia, e almeno una volta all'anno durante la terapia i medici dovrebbero sottoporre il paziente a un test tossicologico

delle urine per analizzare i farmaci prescritti, altri farmaci ed eventuale assunzione di droghe.

11. I medici dovrebbero evitare di prescrivere contemporaneamente analgesici oppiacei e benzodiazepine.

12. I medici dovrebbero fornire ai pazienti con disturbo da uso di oppiacei un trattamento basato sull'evidenza clinica.

Il dolore da cancro deve in ogni caso essere affrontato in modo multidisciplinare, sfruttando l'effetto antalgico di altri approcci, quali quello chemio-ormono-terapeutico rivolti contro la neoplasia di base, le potenzialità della radioterapia esterna e della radioterapia metabolica, le indicazioni ad un trattamento radiologico interventista e chirurgico.

SCALA ANALGESICA OMS

1° Gradino: Non Oppioidi +/- Aduvanti

2° Gradino: Non Oppioidi + Oppioidi minori +/- Aduvanti

3° Gradino: Oppioidi Maggiori +/- Non Oppioidi +/- Aduvanti



- 1° GRADINO – **FARMACI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI**
E PARACETAMOLO

Si può affermare che l'utilizzo dei **FANS e Paracetamolo** è efficace nel trattamento del dolore da cancro, somministrandoli comunque per periodi limitati e con attenzione ai possibili effetti collaterali. Sono caratterizzati dall'**effetto-tetto**, ossia hanno un dosaggio massimale oltre al quale, aumentando le dosi, aumentano gli effetti collaterali e non quelli terapeutici.

Da soli → dolore lieve

In associazione con oppioidi deboli o forti → dolore moderato o forte

Dove agiscono? Livello periferico – spinale – centrale

Tabella 3.

FARMACO	FORMA e DOSE (mg)	DOSE GIORNALIERA MASSIMA RACCOMANDATA (mg)	TEMPO PER PICCO MASSIMO (ore)	EMIVITA (ore)
Diclofenac	Cp 50,100 Supposte 100 fl 75 (im)	225	2-3	1,5-2
Ketoprofene	Cp 100-150-200	200	0,5-2	2-3
Ibuprofene	Cp 200-400-600 Cp 800 a rilascio prolungato	3000	1-2	1,5-2,5
Naprossene	250	1500	2-4	12
Paracetamolo	Cp o supposte 500-1000	3000	1	1-4

I farmaci **Adiuvanti** come: anticonvulsivanti (1), antidepressivi (2) o corticosteroidi (3) non sono specificatamente analgesici, però nel contesto del dolore da cancro possono contribuire alla riduzione del dolore e possono essere associati ai farmaci di tutti e tre i gradini della scala OMS.

(1) Utilizzati per il controllo del dolore neuropatico.

Carbamazepina, Gabapentin, Pregabalin.

Effetti collaterali: Sedazione, nausea, vertigini

(2) Trattamento adiuvante delle sindromi da dolore neuropatico o potenziamento degli effetti degli oppioidi.

Effetti collaterali: Sedazione, aritmie, nausea, diarrea.

(3) Trattamento del dolore osseo, neuropatico, della compressione midollare, trattamento del vomito incoercibile. Migliorano l'appetito, la nausea, l'umore e riducono l'astenia.

Effetti collaterali: Iperglicemia, iperkaliemia, ritenzione idrica, aumentata suscettibilità alle infezioni, mascheramento dell'iperpiressia.

Bisognerebbe comunque applicare protocolli terapeutici specifici per ogni paziente, rispetto alla componente del dolore.

- 2° GRADINO – **OPPIOIDI DEBOLI**

Gli oppioidi del secondo gradino vengono usati per il dolore moderato da cancro. L'evidenza emersa dagli studi dimostra che l'utilizzo di Morfina orale a basse dosi può essere migliore per il sollievo dal dolore in quei pazienti che non lo hanno raggiunto con i farmaci del secondo gradino. I farmaci oppioidi utilizzati sono **Codeina e Tramadolo**.

Tabella 4.

FARMACO	FORMA e DOSE (mg)	DURATA di EFFICACIA (h)	INIZIO EFFETTO	EMIVITA (h)
CODEINA	Via orale, 30-60 (dosaggio ideale: 4 volte al giorno)	3-6	30 minuti	2-3
TRAMADOLO	Via orale, 50-100 (dosaggio ideale: ogni 6 ore)	4-6	30 minuti	

CODEINA → Analgesico dotato anche di azione antitussigena.

Azione marcata in associazione con Paracetamolo (Preparazioni in commercio: CO-EFFERALGAN o TACHIDOL).

Viene escreta per via renale, rischio di grave neurotossicità per i pazienti affetti da insufficienza renale.

TRAMADOLO → Il meccanismo oppioide è mediato dall'affinità per i recettori mu, ma inibisce la ricaptazione cellulare della Serotonina e della Noradrenalina, per questo non è efficace in dolori resistenti agli oppiacei. È efficace nel dolore neuropatico Escreto soprattutto per via renale. L'effetto analgesico può essere incrementato dall'associazione con un

analgesico non oppioide e la sua potenza è pari al 10% di quella conferita dalla Morfina per via parenterale.

Effetti indesiderati:

- Ipotensione ortostatica
- Vertigini
- Convulsioni
- Nausea, vomito

- 3° GRADINO – **OPPIOIDI FORTI**

Gli Oppioidi del terzo gradino vengono utilizzati per il trattamento del dolore da cancro da moderato a forte. Possono essere associati a Fans e/o Adjuvanti.

I farmaci Oppioidi utilizzati sono:

- *Morfina*
- *Fentanyl*
- *Buprenorfina*
- *Ossicodone*
- *Idromorfone*

MORFINA → La Morfina costituisce l’analgescico oppiaceo standard del “III step”. La via di somministrazione ottimale è quella per OS, nelle due formulazioni a lento e pronto rilascio. È possibile utilizzare quella a rilascio modificato per titolare l’effetto analgesico. Le evidenze comunque dimostrano che, per quanto riguarda la somministrazione orale, non ci sono importanti differenze tra Morfina, Ossicodone e Idromorfone.

Morfina per OS

L’effetto della Morfina compare dopo 30 minuti se viene assunta a stomaco vuoto, è più tardivo se assunta a stomaco pieno.

La dose iniziale dovrebbe essere di 5-10 mg ogni 4 ore.

Come si usano la Morfina IR (immediate release) e Morfina CR (controlled release)?

Tabella 5.

FARMACO	DURATA (h)	EMIVITA (h)	DOSAGGI (mg)	INIZIO EFFETTO
MORFINA IR	4-6	2	10-30-60	30 minuti

MORFINA IC	12	2	10-30-60	1-2 ore
---------------	----	---	----------	---------

Morfina SC

La via sottocutanea è semplice ed efficace e dovrebbe essere la prima scelta di via alternativa per quei pazienti che non possono assumerla per via orale. Il rapporto di conversione OS/SC è 3:1. Si consiglia, passando dalla somministrazione orale a quella sottocutanea, di iniziare con una dose corrispondente a 1/10 di quella giornaliera programmata.

È il metodo di somministrazione preferito in quei pazienti che necessitano di infusione parenterale continua.

Limitazioni: edemi, disturbi della coagulazione, elevate dosi e volumi, ecc.

Morfina EV

L'infusione endovenosa deve essere considerata quando quella sottocutanea è controindicata.

Viene presa in considerazione per una titolazione rapida in caso di dolore severo non trattabile. Il rapporto di conversione OS/EV è 2:1.

Emivita: 2-3 ore

Picco analgesia: 15-30 minuti

Iniziare con 5-10 mg EV ogni 10 minuti fino alla sedazione del dolore.

FENTANYL → E' 70-100 volte più attivo della Morfina.

Fentanyl transdermico (25-50-75-100 mcg/h)

Efficace alternativa alla Morfina orale e non utilizzando quella sottocutanea. Efficace per pazienti che non riescono a deglutire. Ha effetti analgesici entro 8-16 ore e l'equilibrio farmacocinetico si raggiunge dopo le 60 ore, fino a 72 ore. Il cerotto si cambia ogni 3 giorni. Il cerotto

forma un deposito cutaneo e dopo la rimozione i livelli sierici scendono al 50% dopo circa 16 ore. L'assorbimento comunque può variare da individuo a individuo, ma la *dose massima* non dovrebbe superare i 300mcg/h.

È importante ruotare la sede del cerotto ed usarlo solo su cute integra.

Secondo l'esperienza clinica e sperimentale, induce molto meno stipsi rispetto alla Morfina.

*L'equivalenza tra Morfina e Fentanyl transdermico è di 70:1.

Quando si rimuove il cerotto:

- Si somministra Morfina dopo 12-24 ore, per contrastare eventuali dolori parossistici

Limitazioni:

- Ipersudorazione
- Eritema e temperatura corporea elevata

Fentanyl transmucoso

Ha un rapido assorbimento raggiungendo livelli terapeutici in pochissimo tempo, risulta il farmaco di elezione del dolore incidente.

L'analgesia è raggiunta in 5-15 minuti ed ha una durata d'azione di circa 2 ore.

Somministrazione oromucosale (tra guancia e gengiva) o Somministrazione sublinguale

Nei pazienti non trattati con Fentanyl, la dose iniziale deve essere di 100 mcg; nei pazienti in trattamento con Fentanyl si può considerare una dose iniziale superiore a 100 mcg. Se entro 15 minuti dall'inizio della somministrazione di una singola compressa non si ottiene un'adeguata analgesia, usare una seconda compressa di pari concentrazione.

La dose efficace di Fentanyl deve essere titolata a partire dal dosaggio più basso sino ad ottenere una dose in grado di offrire una adeguata analgesia.

Effetti collaterali: Nausea-stomatite-vomito

BUPRENORFINA → **Buprenorfina transdermica (35-52,5-70 mcg/h)**

L'inizio dell'effetto avviene dopo 12-24 ore (dipende anche dalla dose: maggiore sarà la dose, più breve sarà l'intervallo all'inizio dell'effetto).

Ha una durata di 72 ore.

Una volta rimosso il cerotto, l'emivita di eliminazione è di 25-36 ore.

Efficace per pazienti che non riescono a deglutire.

OSSICODONE → **Ossicodone Cp (5-10-20-40-80 mg)**

L'inizio dell'effetto avviene dopo 40 minuti.

Ha una durata di 12 ore.

Biodisponibilità dopo somministrazione per OS: 60-70%.

Associazione Ossicodone + Paracetamolo ad azione pronta (Depalgos) →

Ossicodone 5-10-20 mg + 325 mg Paracetamolo.

IDROMORFONE → **Idromorfone Cp (4-8-16-31 mg)**

L'inizio dell'effetto avviene dopo 60 minuti.

Ha una durata di 24 ore.

Emivita di 12-15 ore.

È 5 volte più potente della Morfina.

Limitazioni: pazienti che hanno un'aumentata velocità del transito intestinale.

Riportata qui sotto, troviamo la Tabella dei dosaggi di conversione degli Oppioidi (AIOM 2018). Modificata secondo i farmaci che vengono utilizzati.

Tabella 6.

Codeina (mg)	Tramadolo (mg)	Buprenorfina Transdermica	Fentanyl Transdermico	Ossicodone	Idromorfone	Morfina OS(mg)	Morfina SC(mg)	Morfina EV(mg)
120	150		12	15	6	30	15	10
240	300	35	25	30	12	60	30	20
		52,5		45	18	90	45	30
		70	50	60	24	120	60	40
			75	90	36	180	90	60

			100	120	48	240	120	80
--	--	--	-----	-----	----	-----	-----	----

EFFETTI COLLATERALI OPIOIDI

La gestione degli effetti collaterali rappresenta uno dei primi punti per l'efficacia del trattamento del dolore.

- Nausea e vomito: effetto collaterale relativamente frequente, con un'incidenza che si stima intorno al 20-40% dei pazienti. L'effetto tende ad affievolirsi con il tempo, per la comparsa di tolleranza. Al momento, la raccomandazione per ridurli è quella di utilizzare Metoclopramide, Domperidone e Aloperidolo.
- Stipsi: La costipazione tende ad essere una costante lungo tutto il percorso terapeutico. Bisognerebbe trattarla in maniera preventiva. Generalmente, si associano lassativi osmotici (Lattulosio) e stimolanti (Senna).
Utilizzare comunque delle misure preventive: adeguato introito di liquidi e di fibre con la dieta.
- Prurito: Innanzitutto escludere concause. Valutare l'utilizzo di Antistaminici. Se l'effetto persiste, valutare la rotazione degli Opioidi.
- Disuria
- Sonnolenza
- Sedazione: escludere concause, se la sedazione continua a una settimana dall'inizio della terapia con Opioidi. Possono essere utilizzati Psicostimolanti.
- Depressione respiratoria: Se insorge, va posto rapidamente l'utilizzo di antagonisti del recettore mu (Naloxone).

CAPITOLO QUARTO

DISCUSSIONE

4.1 DISCUSSIONE dei RISULTATI

Sono stati riportati nella tabella 1. gli studi più importanti per la stesura di questa tesi. Tra questi, un sostanziale aggiornamento della Revisione della Letteratura (Webb, Le Blanc,2018) che dimostra che il dolore è vissuto da più un terzo di quei pazienti che ricevono un trattamento attivo nella gestione della malattia e di oltre la metà delle persone con patologia più avanzata. Data la sua prevalenza e il forte impatto che il dolore ha spesso sulla qualità generale della vita, medici e infermieri che si prendono cura delle persone con cancro devono avere una conoscenza della gestione ottimale del dolore. Allo stesso modo, la tolleranza del paziente per il dolore differisce, così come le loro aspettative su ciò che è considerato tollerabile e ciò che influisce sulla loro vita in modo significativo. Senza una buona misura di questi problemi, la definizione di un target terapeutico può essere piuttosto difficile. Pertanto, lo sviluppo di un piano condiviso con aspettative e obiettivi tangibili per guidare la gestione del dolore è la chiave. Un altro studio (Marchetti et al.,2015) afferma che le cure palliative dovrebbero essere fornite in tutto il decorso della malattia per ottimizzare la qualità della vita del paziente, consentire una gestione flessibile e abilitare appropriate obiettivi da stabilire in base alla specifica situazione clinica. Pertanto, sintomi e trattamenti possono differire soprattutto tra i pazienti. Inoltre, la percezione del controllo e la curabilità deve essere presa in considerazione per identificare i pazienti con cancro che soffrono di più e richiedere cure mediche speciali, perché questi fattori hanno un effetto sulla depressione e l'ansia. Un RCT che ha individuato un totale di 39 pazienti (Koller et al.,2015) dimostra che oltre

a fornire informazioni e sviluppare competenze, è utile istruire i malati di cancro

all'interno di un team di trattamento complesso, un'importante funzione di un intervento per sostenere il dolore è l'autogestione per personalizzare l'intervento a bisogni e capacità del paziente al fine di migliorare la fattibilità ed efficacia. Un altro studio basato su una revisione della letteratura (Blackburn et al., 2018) afferma che dopo aver pianificato un supporto educativo DVPRS per tutte le discipline che trattano il dolore, è migliorata la comunicazione tra pazienti ed infermieri andando a dimostrare che gli obiettivi dell'intervento sul dolore devono essere chiari ai pazienti potendo così renderlo tollerabile. Ancora, una Revisione Sistemica (Liu et al., 2018) evidenzia che le buone pratiche suggerirebbero di prendere in considerazione un approccio preventivo alla gestione del dolore oncologico tenendo conto delle opzioni disponibili e del trattamento di ciascun paziente con un programma terapeutico personalizzato. Gli altri studi riportati in tabella riportano le medesime conclusioni.

Andando ad approfondire l'argomento del trattamento farmacologico, uno studio, come tutti gli altri, (Dalal, Bruera, 2019) dimostra che il dolore da cancro, richiede spesso l'uso di oppioidi, da soli o con terapie adiuvanti. Tuttavia, la durata prevista della terapia con oppioidi è variabile e varia da rara a lungo termine. Il dolore richiede una gestione che deve essere integrata nella cura del paziente (George et al., 2019) e l'uso degli oppioidi più comuni sono la Morfina, Metadone, Ossicodone, Idromorfone e Fentanyl. La somministrazione orale è il trattamento di prima scelta, purché appropriata a dosi e forme farmaceutiche. L'articolo sulla "Gestione farmacologica del dolore da cancro" (Howard et al., 2019) afferma che La gestione del dolore cronico dovrebbe comportare la somministrazione di un agente a lunga durata d'azione (ad es. formulazioni a rilascio controllato di morfina, Ossicodone o Ossimorfone o Fentanyl Transdermico) e un agente ad azione intermedia (ad es.

Morfina, Idromorfone) o agente ad azione rapida, cioè transmucoso, (Fentanyl) per il dolore intenso.

La rotazione degli oppioidi può anche essere utile per un paziente che non subisca un adeguato controllo del dolore da parte di un oppiaceo. Gli anticonvulsivanti, da una revisione sistematica (Brant et al., 2017) come Gabapentin e Pregabalin possono essere utili in pazienti con dolore neuropatico e hanno anche mostrato risultati promettenti per ridurre il fabbisogno di oppioidi. In un articolo della “WHO analgesic ladder” vengono riportati come farmaci non oppioidi per l’analgesia il Paracetamolo (75 mg-150 mg al giorno in 2-3 dosi divise), il Diclofenac (75-150 mg al giorno in 2-3 dosi divise), Ibuprofene (200-400 mg quattro volte al giorno). Per quanto riguarda gli oppioidi per trattare il dolore fino ad un livello moderato, vengono considerati la Codeina (30-60 mg 4 volte al giorno) e Tramadolo (50-100 mg 4 volte al giorno). Passando dal dolore moderato a severo, Ossicodone (dose iniziale 5 mg ogni 4-6 h), Morfina (dose iniziale 5-10 mg ogni 4-6 h) per quanto riguarda le assunzioni orali. Fentanyl Transdermico (dose iniziale 12 mcg/h/72 h) e Buprenorfina sublinguale (200-400 mcg 6-8 h).

Considerando la Linea Guida AIOM 2018 per quanto riguarda i farmaci antinfiammatori non steroidei e Paracetamolo: Paracetamolo (500-1000 mg fino a 3000 mg al giorno), Ibuprofene (200-400-600 mg fino a 3200 mg al giorno), Ketoprofene (25-75 mg fino a 300 mg al giorno), Naprossene (250 mg fino a 1500) e Diclofenac (50-100 mg fino a 225 mg al giorno). Parlando di Oppioidi, la Morfina orale a basse dosi, per alcuni pazienti, potrebbe essere migliore per il sollievo dal dolore rispetto ai farmaci che vengono usati per gestire il dolore fino ad un livello moderato. I farmaci Non Oppioidi possono essere integrati insieme agli Oppioidi durante il trattamento.

CAPITOLO QUINTO

Conclusione

Riguardo l'obiettivo della Revisione è emerso dalla letteratura che la valutazione e il trattamento del dolore oncologico si deve effettuare attraverso uno screening universale con monitoraggio per tutti i pazienti malati. La prescrizione di oppioidi forti, a causa delle loro specificità, richiede precisione nella gestione considerando la loro farmacologia, ma anche una chiara comprensione delle raccomandazioni.

Alcuni clinici evidenziano il rischio di dipendenza, sedazione eccessiva e depressione respiratoria e la loro necessità di informazioni.

Raggiungere l'analgesia con il trattamento con oppioidi è complesso, principalmente a causa del rapporto beneficio/rischio variabile tra gli individui e l'esperienza del cancro.

L'iniziazione agli oppioidi e una rivalutazione dinamica del dolore dovrebbero essere completamente integrate quotidianamente nel paziente per ottimizzare l'analgesia. Gli oppioidi ben gestiti sono la pietra angolare di un ambiente complesso che richiede valutazioni dinamiche multidisciplinari. Tuttavia il dolore da cancro rimane sottovalutato, scarsamente valutato e non trattato, particolarmente nei casi più gravi. Si auspicano dunque continue ricerche scientifiche e sviluppi teorici.

Concludendo con il richiamo del documento del Protocollo per la gestione del dolore nel paziente oncologico, si evidenzia l'importanza di andare a concludere il suo aggiornamento che avverrà attraverso lo studio delle evidenze riportate in letteratura di quegli argomenti che non sono stati trattati al suo interno.

BIBLIOGRAFIA

- Webb A. J., & LeBlanc W. T. (2018). Evidence -based management of cancer pain. *Seminars in Oncology Nursing, Vol 34, Number 3: pp215-226*
- Marchetti P., Voltz R., Rubio C., Mayeur D., & Kopf A. (2015). Provision of palliative care and pain management services for oncology patients. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, Vol 11 Supplemento 1.*
- Burhenn P., Olausson J., Villegas G., & Kravits K. (2015). Guided Imagery for Pain Control. *Clinical Journal of Oncology Nursing Evidence-Based Practice, Vol 18, Number 5. Evidence-Based Practice.*
- Brant J. M., Eaton H. L., & Irwin M.M. (2017). Cancer related pain: assessment and management with Putting Evidence In to Practice interventions. *Clinical journal of oncology nursing supplement to volum 21, number 3.*
- Koller A., Miaskowki C., De Geest S., Opitz O., & Spichiger E. (2015). Supporting self-management of pain in cancer patients: Methods and lessons learned from a randomized controlled pilot study. *European Journal of Oncology Nursing 17, 1-8.*
- Blackburn L. M., Burns K., Di Giannantoni E., Meade K., O'Leary C., & Stiles R. (2018). Pain Assessment use of the defense and veterans pain rating scale in patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing, Vol 22, Number 6.*
- Weiyang C. L., Zhong X. Z., Kian H. T., & Gregory J. M. (2017). Multidimensional Treatment of Cancer Pain. *Palliative Medicine (A jatoi, section editor).*
- Dalal S., & Bruera E. (2019). Gestione del dolore per pazienti con cancro avanzato nell'era dell'epidemia di oppiacei. *American Society of Clinical Oncology.*

- George. B., Minello C., Allano G., Maindet C., Burnod A., & Leamire A. (2019). Oppioidi nel dolore correlato al cancro: situazione attuale e prospettive.
- Silverman J. E., & Gulati A. (2018). Una panoramica delle strategie interventistiche per la gestione del dolore oncologico.
- Swami M., & Case A. A. (2018). Effective palliative care: what is involved?.
- Howard A., & Brant J. M. (2019). Gestione farmacologica del dolore da cancro. *Seminars in Oncology Nursing, Vol 35*.
- Brant J. M., Keller L., McLeod K., Yeh C., & Eaton L. H. (2017). Dolore cronico e refrattario: Una revisione sistematica della gestione farmacologica in oncologia. *Clinical journal of oncology nursing supplement to volum 21, number 3*.
- Eaton L., Brant J. M., McLeod K., & Yeh C. (2017). Nonpharmacologic pain interventions: a review of evidence-based practices for reducing chronic cancer pain. *Clinical journal of oncology nursing supplement to volum 21, number 3*.
- Siler S., Borneman T., & Ferrell B. (2019). Pain and suffering.
- Pan-feng W., Shen L.Q., Zhang H. J., Li B. H., & Ji H. (2018). A Nursing Pain Assessment and Record Information System.Design and Application in the Oncology Department.
- Song W., Eaton L. H., Gordon D. B., & Hoyle C. (2015). Evaluation of Evidence based Nursing Pain Management Practice. *Pain Management Nursing, Vol 16, No 4: pp 456-463*.
- Yoong J., & Poon P. (2018). Principles of cancer pain management.
- Tarantino U., Romano L., & Piccirilli E. (2015). Gestione clinica del dolore e aspetti relativi alla Legge n. 38/2010. Pain management and issues related to Law no. 38/2010. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia; 41:267-273*.
- Vellucci R., Lora P., Casale G., Nigrisoli M., Tamburini E., Lubrano E., Santi P., & Romualdi P. (2016). Indagine sul consumo di oppiacei nella

gestione del dolore cronico. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale, Number 5.*

- Viel E., Beauvieux V., Segura L., Bredeau O., L'Hermitte J., & Cuvillon P. (2017). Analgesia controllata dal paziente.
- Chralambous A. (2015). Evidence-based practice beliefs and behaviors of nurses providing cancer pain management. *European Journal of Oncology Nursing 19.*
- Zajackowska R., Kocot-Kepska M., Leppert W., & Wordliczek J. (2019). Bone Pain in Cancer Patients: Mechanisms and Current Treatment. *International journal of molecular sciences, 20, 6047.*
- Fallon M., Giusti R., Aielli F., Hoskin P., Rolke R., Sharma M., & Ripamonti C. I. (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of oncology 29, Supplement 4.*
- Subramaniam A. V., Yehya A. H. S., & Ein Oon C. (2019). Molecular Basis of Cancer Pain Management: An Updated Review. *Medicina 2019, 55, 584.*
- Codice deontologico delle professioni infermieristiche 2019, FNOPI.
- Linee Guida Terapia del Dolore in Oncologia, Edizione 2018, AIOM.
- Profilo Professionale dell'Infermiere, D.M. 739 14 settembre 1994.
- Legge n. 38 del 15 marzo 2010. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
- World Health Organization. WHO normative guidelines on pain management.

ALLEGATI

[ALLEGATO PROTOCOLLO DOLORE DIPARTIMENTALE.doc](#)