



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in:
INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea:
IL DOLORE: UNA BATTAGLIA ANCORA DA VINCERE
CONOSCKERLO PER GESTIRLO

Relatore:

Dott. Sandro Di Tuccio

Candidato:

Letizia Consalvi

Anno Accademico 2019-2020

INDICE:

INTRODUZIONE

1. VISIONE DEL DOLORE NEL PASSATO
2. DEFINIZIONE DEL TERMINE DOLORE
 - 2.1 Fisiologia del dolore
3. MODELLI DEL DOLORE
 - 3.1 Dolore acuto
 - 3.1.1 Dolore post-operatorio
 - 3.1.2 Dolore procedurale
 - 3.2 Dolore cronico
4. CONSEGUENZE DEL DOLORE SULLA QUOTIDIANITÀ DEL SOGGETTO
5. ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL DOLORE
 - 5.1 Strumenti di accertamento del dolore: scala V.A.S, N.R.S, V.R.S, M.P.Q, B.P.I, PAINAD, FACES PAIN SCALE, WONG BAKER FACES
 - 5.2 Istruzioni per misurazione del dolore nel paziente adulto
6. DIFFERENZA TRA TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE
7. STRATEGIE PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE
 - 7.1 Trattamento non farmacologico
 - 7.2 Trattamento farmacologico
 - 7.3 Trattamento invasivo

8. ITER LEGISLATIVO DEL DOLORE NELLE MARCHE

9. AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE AREA VASTA 3 ASUR
MARCHE

9.1 Dove si trovano nelle Marche

9.2 Come vi si accede e chi vi accede

9.3 Chi vi lavora all'interno

9.4 Come funziona la terapia del dolore

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

Background: Il dolore con la legge del 9 Marzo del 2010 viene considerato il quinto parametro vitale da valutare e come tale merita di essere rilevato costantemente dalla figura che ne è responsabile della valutazione, misurazione e trascrizione in cartella, ossia l'infermiere.

L'infermiere è la persona con la quale l'ammalato si relaziona più frequentemente, e risulta essere la figura alla quale i pazienti riferiscono le proprie ansie, paure a cui chiedono informazioni.

Nel processo di gestione del dolore gli infermieri hanno un ruolo centrale in quanto si fanno carico: della cura dei pazienti sofferenti, sono coinvolti nella valutazione, monitoraggio, nella collaborazione interdisciplinare e nella gestione farmacologica e non del trattamento antalgico.

Troppo spesso si assiste sia in ambiente ospedaliero che extra ospedaliero ad una sottovalutazione e attribuzione di poca importanza alla rilevazione del dolore e al suo trattamento, non considerando le ripercussioni che invece esso implica sul soggetto che ne è affetto sia da un punto di vista psicologico che fisiologico.

L'inadeguato trattamento del dolore, non solo riduce la qualità di vita del paziente, ma crea anche un onere finanziario per il sistema sanitario e per la società.

Il dolore non trattato costa milioni di euro ogni anno a causa di visite ambulatoriali, accessi in pronto soccorso, lunghe degenze in ospedale e ri-ospedalizzazioni.

OBIETTIVI

L'obiettivo dell'elaborato è di giungere alla comprensione ed una migliore consapevolezza dell'importanza che ha la valutazione ed il trattamento del dolore.

Approfondire le modalità con cui possiamo valutarlo e di conseguenza trattarlo con la miglior appropriatezza possibile.

MATERIALI E METODI

Per lo sviluppo del seguente lavoro di tesi, ho deciso di utilizzare una revisione della letteratura, consultando libri di testo, riviste infermieristiche, la banca dati pub med, linee guida di interesse infermieristico

INTRODUZIONE

Questo lavoro nasce dall'esperienza di tirocinio avuta nel corso della laurea triennale. Dove vi è stata la possibilità di maturare quanto sia importante la valutazione del dolore e il conseguente suo trattamento sia nel soggetto ricoverato, che in chi accede in pronto soccorso ma anche in ambito extra ospedaliero. E come il trattamento nell'apposito ambulatorio di terapia del dolore abbia cambiato la vita di molte persone affette da un dolore debilitante.

Fino agli anni 60 il dolore è stato considerato un inevitabile risposta sensoriale ai danni del tessuto. C'era poco spazio per la dimensione affettiva di questa esperienza onnipresente, e nessuno per gli effetti delle differenze genetiche, dell'esperienza passata, dell'ansia o dell'aspettativa. Negli ultimi anni, sono stati fatti grandi progressi per la comprensione dei meccanismi che sono alla base del dolore e nel trattamento delle persone che ne sono affette, sono stati chiariti anche i ruoli dei fattori esterni al paziente. Il dolore ricondiamo essere la motivazione prevalente per la ricerca di una consulenza medica. Basti pensare che tutti almeno una volta nella vita sono stati affetti da mal di testa, ustioni, tagli o altri dolori in qualunque fase della vita che sia essa l'adolescenza o la vita adulta, si pensi anche ai soggetti che si sottopongono a interventi chirurgici e che quasi certamente saranno affetti da un dolore più o meno intenso post-operatorio, a l'invecchiamento associato a un maggior probabilità di dolore cronico. Inoltre, deve essere tenuto in considerazione anche l'elevato costo della spesa sanitaria per il dolore cronico, rivaleggiante solo con il costo dei programmi di sostituzione salariale e assistenza sociale per coloro che a causa del dolore non lavorano più. Nonostante ad oggi si ha una miglior conoscenza dei meccanismi sottostanti e trattamenti migliori, molte persone affette da un dolore cronico non ricevono o non si rivolgono per mancanza di sufficiente conoscenza a specialisti per l'adeguato trattamento.

Il dolore viene definito dalla IASP (International Association for the Study of Pain – 1986) come “un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”.

Anche nel Codice Deontologico degli Infermieri viene reso incalzante il ruolo chiave della figura infermieristica nella valutazione e trattamento del dolore, esso all' Art. 34, Capo IV cita: "L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza, si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari"

La cultura del non soffrire è anche un diritto sancito dalla legge Italiana, infatti l'Italia è stato il primo paese Europeo a dotarsi di una legge sul dolore, la legge 38 del 15 Marzo del 2010 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (4) garantisce, l'accesso del malato alle cure palliative e ad una idonea terapia per combattere il dolore, stabilendo una rete territoriale a livello nazionale, al fine di rafforzare la continuità assistenziale del paziente dalla struttura ospedaliera al suo domicilio, essa riconosce il diritto all'accesso al trattamento del dolore e alle cure palliative che rientrano nei «Lea», ossia i livelli essenziali di assistenza. Ad oggi purtroppo assistiamo però ancora a molta disinformazione da parte dei cittadini e professionisti sanitari riguardo a tale legge e i diritti spettanti.

L'importanza dell'adeguata gestione del dolore è stata riconosciuta con un comitato permanente ad hoc in ogni ospedale italiano ,il cosiddetto "ospedale senza dolore" frutto di un accordo stipulato nel 2001 dal Ministero della sanità, le regioni e le province autonome. È prevista la costituzione in ogni azienda sanitaria di tale comitato, composto da un referente della direzione sanitaria, da esperti della terapia del dolore, da specialisti coinvolti nel trattamento del dolore post-operatorio e dalle figure professionali abitualmente dedicate agli interventi di controllo del dolore, con particolare riferimento al personale infermieristico.

Il dolore acquisisce così dignità di una malattia, la legge ad oggi obbliga gli operatori alla valutazione del dolore come quinto parametro vitale, riportandolo in cartella clinica con valutazione che deve essere quotidiana.

Dunque, in questo lavoro si intende approfondire, tramite una revisione della letteratura: come si sia evoluta la visione del dolore, dal passato fino ai nostri giorni, classificando le varie tipologie di dolore, ruolo svolto dall'infermiere nella rilevazione, iter legislativo e come il soggetto viene trattato e preso in carico dall'ambulatorio di terapia del dolore dell'Area Vasta 3 ASUR MARCHE – Macerata.

1. LA VISIONE DEL DOLORE NEL PASSATO

È noto come il dolore costituisce un fenomeno patologico che affligge la civiltà sin dall'antichità

Nel corso della storia, dunque l'uomo servendosi di pratiche magico-mediche, ha rivolto la sua attenzione, a quelle manifestazioni del corpo che, come sintomi dolorosi, alteravano equilibrio della persona.

Nel più antico ricettario ad oggi noto e risalente al 2250 a.C., vengono riportati consigli sulla cura delle ferite e del dolore conseguente "Lava la piaga del malato con acqua e birra, strofina la parte dolorante con l'impasto (guscio di tartaruga, germogli di naga, sale e senape) poi sfregala con olio vegetale e coprila con polvere d'abete", di queste pratiche abbiamo documentazione certa presso gli Assiri-Babilonesi, che in fase diagnostica assegnavano valore preponderante all'ispezione del fegato, ritenuto organo più importante in quanto fonte di sangue.

A riprova dell'importanza dell'arta medica, nel Codice di Hammurabi vi è una vera e propria serie di norme deontologiche e la descrizione delle pratiche analgesiche che utilizzavano, esse erano semplici ma molto efficaci:

-per raffreddare parti dolenti e infiammate si utilizzava la neve

-per praticare interventi chirurgici, come circoncisione, l'evirazione o l'incisione di ascessi si comprimevano le carotidi fino a determinare una lipotimia transitoria per ischemia cerebrale.

Il medico-sacerdote Assiro-Babilonese aveva a sua disposizione circa 250 principi vegetali fra i quali avevano sicuro effetto analgesico la cannabis e il papavero

Presso gli Egizi esistevano medici specialisti: delle malattie urinarie, patologie delle orecchie, degli occhi e della pelle ed era assai progredita la chirurgia e la sutura delle ferite, per le operazioni erano largamente usati: l'oppio e la canapa indiana; secondo il concetto della eliminazione dei demoni e con essi del dolore erano usati purganti come la senna, la coloquintide e l'olio di ricino che facilitavano le emissioni fecali. Contro il doloroso morso del coccodrillo (allorché ci si salvava) veniva prescritto un impacco di carne cruda, contro le ustioni era consueta l'applicazione di rane bollite nell'olio, venivano utilizzati pesci elettrici pescati

nel Nilo contro i dolori della gotta e artrosici.

Mentre nella civiltà indiana (2500 a.C.-1500 a.C.), per la cura delle malattie croniche del sistema nervoso, muscolo-scheletrico, spesso veniva utilizzato il massaggio medicinale navarakizhi: si lessava del riso in un infuso di erbe e latte, la massa ottenuta veniva messa in un sacchetto di stoffa; questo veniva poi usato per il massaggio del malato, durante il quale il sacchetto stesso veniva intinto, a sua volta, in un infuso di erbe caldo.

La grande conoscenza di erbe medicamentose, come si evince da queste pratiche, includeva l'uso di analgesici come l'oppio, la cannabis, lo stramonio, l'aconito, il solanum, l'olio di ricino.

Con l'avvento del buddismo in India si diffonde una forma di ateismo che considera: che la vita è impregnata dal dolore, perciò la liberazione da esso si ottiene solo liberandosi dal desiderio di vivere e raggiungendo uno stato di perfetta pace: il Nirvana. Passiamo poi ad analizzare la cultura ebraica dove il concetto di dolore si associa a quello biblico della volontà punitiva divina: Dio, rivolgendosi ad Eva dopo il peccato, ebbe a dire: *“Moltiplicherò le doglie delle tue gravidanze: partorirai i figli nel dolore...”*; nelle stesse pagine della Bibbia trovano posto descrizioni di intense sofferenze cui il sacerdote cerca di porre rimedio con preghiere per invocare protezione e guarigione.

Giungiamo dunque a un percorso di emancipazione che va dal sacerdote-mago al medico:

Ippocrate (460-377 a.C.), il più grande medico dell'antichità, ha posto le basi di un'organizzazione razionale della medicina e delle iniziative terapeutiche. Egli, infatti, è il primo ad affermare “nessuna malattia è più divina o più umana di un'altra, poiché ogni malattia ha una causa naturale e non si produce senza di essa”. Ippocrate, che poco propendeva alla somministrazione di farmaci, sosteneva che il dolore e la malattia derivavano da una situazione di eccesso o difetto di uno dei 4 umori: sangue, flegma, bile gialla e bile nera, e che la terapia doveva cercare di equilibrare queste forze.

I medicinali comunque noti e da lui usati per lenire il dolore erano il coriandro, la mandragola, la belladonna, il giusquiamo (somministrate per via orale, rettale o sotto forma di cataplasmi) e la sua condotta terapeutica era riassumibile nella prescrizione:

”Primum non nocere, secundum purgare” al fine di ottenere l’eliminazione della “materia peccans”. Ippocrate, inoltre, usava la spugna soporifera intrisa di mandragora per indurre il sonno: per 3 secoli l’oppio e la spugna soporifera rimasero gli unici rimedi per alleviare il dolore durante gli interventi chirurgici. Dopo Ippocrate e il riconoscimento della validità delle sue teorie, si verifica il ritorno ad una certa sacralità nel concetto di medicina, anche se l’elemento divino è sostituito da quello umano, cioè dalla dottrina secondo cui il medico è un uomo e la medicina deve essere ricerca continua e disinteressata.

In questa logica rientra il contributo che grandi filosofi come Aristotele e Platone hanno dato alla definizione del dolore e alle pratiche mediche. Secondo Platone (427-347 a.C.) il dolore deriva non solo da stimoli periferici, ma anche dall’esperienza emotiva dell’anima che ha sede nel cuore, il dolore è essenzialmente la punizione di colui che si è allontanato dalla verità assoluta, quindi un mezzo di purificazione per il raggiungimento del bene. I concetti platonici furono elaborati da Aristotele (384-322 a.C.) il quale considerava il dolore come l’espressione della disarmonia tra l’anima e il corpo, e lo riconduceva a cause prevalentemente organiche; convivere con il proprio dolore, secondo Aristotele, è un atto di coraggio. Egli riconosceva l’esistenza dei 5 sensi: la vista, l’udito, il gusto, l’odorato e il tatto, da questo egli faceva derivare le sensazioni dolorose che venivano convogliate al cuore ritenuto il centro di ogni sensazione.

La medicina romana ereditò da quella greca l’impostazione filosofica dell’osservazione e del ragionamento nonché i rimedi tradizionali.

Rilevante fu l’apporto di Galeno (129-200 a.C.) con un originale concetto di dolore secondo cui a quest’ultimo non è solo il sintomo di un male ma è, di per sé, già una malattia; è anche il primo a tentare di classificare le varie possibili graduazioni e caratteristiche del dolore in lacinante, pungente, pulsante, censivo. Accertata è anche l’usanza, testimoniata tra l’altro da Cicerone, di far bere ai torturati e alle crocefisse pozioni di mandragola.

Le invasioni barbariche ed il crollo dell’Impero Romano aprono un lungo periodo di oscurantismo per la medicina. Con il diffondersi del Cristianesimo, si afferma una nuova concezione di dolore e di morte. Il dolore era concepito come conseguenza di un disordine creato dall’uomo rispetto all’ordine creato da Dio, quindi il dolore era lo

strumento obbligatorio per arrivare alla salvezza dell'anima e la morte il momento di passaggio alla vera vita. Il valore salvifico della sofferenza domina tutto il Medioevo ove scompare l'uso e il commercio dell'oppio sostituito dagli olii dei santi e dai ceri benedetti; con ciò si diffonde rapidamente presso il popolo la devozione per alcuni santi protettori, anche essi specializzati, come un tempo gli dei, in patologie particolari. La figura del medico viene sostituita da quella del monacusinfirmarius che dirigeva l'infermeria, istruiva i novizi alla coltivazione e alla conservazione delle piante. Gradatamente i vari Concili vietarono la pratica assistenziale medica in quanto motivo di abuso, di non rispetto della pudicizia, di evasione dalla Regola.

Superata la paura che con l'avvento dell'anno Mille aveva fatto temere la fine del mondo e con la conquista araba delle sponde meridionali del Mediterraneo, inizia un periodo di grande arricchimento intellettuale che apre la fase "pre-universitaria" della medicina, non più appannaggio delle scuole monastiche, e la diffusione di nuove nozioni provenienti dal mondo arabo. Con Avicenna (980-1038 d.C.), arabo appunto e principe dei medici, il dolore rientra fra i sintomi di una specifica malattia e va studiato ai fini della diagnosi. Nel suo Canone, classifica ben 15 forme di dolore e propone come rimedi: l'esercizio fisico, il calore, il massaggio; dal punto di vista analgesico si servì del ginepro, della camomilla, della ruta, della maggiorana, della lavandola, oltre che della mandragora e dell'oppio.

Dal 1100 al 1300, con la scuola medica di Salerno, il dolore e la malattia tornano ad essere considerati effetti di cause naturali che l'uomo può e deve analizzare e curare. Una importante innovazione viene trovata nel Compendium di magister Salernus, famoso chirurgo: *"E' da rilevare che l'oppio, il giusquiamo e la mandragora producono una profonda sonnolenza, a causa della loro grande umidità, se fate con esse un cataplasma e lo ponete sul luogo dell'incisione esso abolirà completamente la sensibilità per cui il dolore di qualunque specie non viene avvertito"*. Si tratta, quindi, a tutti gli effetti, di un'anestesia topica.

Nel Rinascimento scientifico del XVII secolo, l'applicazione del metodo scientifico galileiano a ogni fenomeno, incluso il dolore, consente di indagare razionalmente sulle sue cause per trovarne la spiegazione.

L'Illuminismo prima e il Positivismo poi (rispettivamente sec XVIII e sec XIX), hanno scardinato la profonda convinzione dell'uomo nell'aldilà, aprendo la strada a profonde

modificazioni nella visione del dolore e della morte, eventi che vengono considerati come un'ingiustizia, una crudeltà del destino e quindi come nemici della vita da combattere. Il progresso della medicina in quest'epoca è stato condizionato dalle acquisizioni mutuate da altre scienze come la chimica, la fisica, la matematica e dal perfezionamento di strumenti coi quali è stato possibile isolare dalle sostanze tradizionali alcuni principi attivi. La morfina, ad esempio, è stata isolata nel 1804 da un farmacista di Hannover, Friedrich Wilhelm Serturner, e principalmente utilizzata nei tentativi di cura dell'alcolismo e delle patologie a questo connesse. Durante la seconda metà dell'800, la morfina è stata massicciamente utilizzata, per le sue proprietà analgesiche, per dare sollievo ai tanti militari vittime di traumi bellici. Naturalmente i risultati non erano molto soddisfacenti e la mortalità era estremamente elevata, non solo per assenza di norme antisettiche adeguate, ma anche per la mancanza di protezione dell'organismo dall'aggressione chirurgica (dolore, sanguinamento, paura, stress, ecc.).

2. DEFINIZIONE DEL TERMINE DOLORE

Etimologia della parola “pain” deriva:

-dal latino poena → pena, punizione

-dal ποινή greco → pagamento, penalità, ricompensa

Nonostante il dolore sia un'esperienza condivisa e sperimentata da tutti gli individui è difficile fornire una definizione univoca perché il dolore acquisisce significato e si sviluppa diversamente in ciascun soggetto, a partire da come è avvertito e memorizzato.

In seguito, alcune definizioni di maggior significato:

-Qualunque sensazione soggettiva di sofferenza provocata da un male fisico: dolore di testa, di denti; avere un dolore in un fianco, in una spalla; essere pieno di dolori; dolori reumatici, artritici, articolari ecc (7)

- L'International Association for the Study of Pain (IASP) descrive il dolore come “un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a un danno reale o potenziale del tessuto, o descritta con riferimento a tale danno”. Tale definizione, è stata accolta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la quale sottolinea come il dolore non debba essere inteso unicamente come sintomo di una lesione organica, ma soprattutto come esperienza somatopsichica unitaria.

Il 2020 viene ricordato come un anno importante per chi si occupa di terapia del dolore, infatti la IASP ha pubblicato una nuova definizione di dolore:

- “Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata, o che assomiglia a quella associata a, un danno tissutale attuale o potenziale”

Dunque dalla precedente definizione, se prima il dolore veniva inteso come esperienza spiacevole che poteva essere descritta solo in termini di danno, ora può anche solo assomigliare a quella che si presenta in associazione a un danno dei tessuti, questo cambiamento è stato fondamentale apportarlo perché il termine “descritta” implicava la capacità di un soggetto di descrivere verbalmente la propria esperienza di dolore, cosa impossibile ad esempio per i neonati, persone anziane o con gravi deficit cognitivi o per gli animali. Questa nuova definizione ha così permesso di tutelare i soggetti più fragili.

2.1 Fisiologia del dolore

Il dolore è una sensazione spiacevole localizzata in un determinato distretto corporeo.

È importante distinguere il dolore dalla sofferenza: quest'ultima è una risposta emotiva associata all'aumento del dolore e ad eventi che mettono in pericolo l'integrità di una persona, mentre il dolore è associato ad eventi che mettono in pericolo i tessuti (9). Le persone possono soffrire senza dolore, avere dolore e non soffrire, oppure avere dolore e soffrire contemporaneamente. L'accertamento e il trattamento per il dolore e la sofferenza possono essere piuttosto diversi. Il dolore è l'interpretazione che il sistema nervoso fornisce dell'informazione trasmessa lungo i circuiti che cominciano con i nocicettori. Questi sono attivati da una varietà di stimoli intensi: chimici, meccanici o termici, che causano o hanno la capacità potenziale di causare, un danno tissutale. Varie molecole rilasciate da un tessuto danneggiato attivano i nocicettori o li sensibilizzano abbassandone la soglia di attivazione.

Il dolore rapido → viene descritto come localizzato e acuto, viene trasmesso rapidamente da fibre piccole, mielinizzate, dette A delta.

Il dolore lento → descritto come più sordo e diffuso, viene trasportato da fibre C, piccole, non mielinizzate.

La distinzione temporale è più evidente quando lo stimolo ha origine in una zona lontana del SNC, esempio quando si urta un dito del piede: prima si prova una fitta acuta (dolore rapido), seguita in breve tempo da una pulsazione cronica (dolore lento).

Le vie ascendenti del dolore incrociano la linea mediana del midollo spinale e salgono al talamo e poi alle aree sensoriali della corteccia. Queste vie mandano segnali anche al sistema limbico e all'ipotalamo; di conseguenza il dolore può essere accompagnato da reazioni emotive negative e da una serie di reazioni vegetative quali nausea, vomito e sudorazione. La percezione del dolore può essere aumentata dalle esperienze pregresse oppure soppressa in situazioni di emergenza, quando la sopravvivenza può dipendere da ignorare il trauma. In quest'ultima situazione vie discendenti che passano attraverso il talamo inibiscono i neuroni nocicettivi presenti nel Midollo spinale. Il dolore può anche essere soppresso a livello del corno dorsale del midollo spinale, prima che lo stimolo venga inviato ai tratti spinali ascendenti. Le fibre C provenienti dai nocicettori fanno sinapsi sui neuroni inibitori; quando vengono attivate da uno stimolo doloroso, le fibre C contemporaneamente stimolano la via ascendente e bloccano l'inibizione tonica:

questa azione permette al segnale doloroso di passare dalla fibra C al cervello senza ostacoli . Nella modulazione della percezione del dolore vi è inoltre un'interazione tra le fibrocellule dolorifiche di tipo A e C con le fibre non dolorifiche A, di maggior calibro delle precedenti e responsabili della percezione degli stimoli tattili e pressori. È stata formulata la teoria del controllo a cancello sulla modulazione del dolore secondo la quale se prevale l'attività lungo le fibre di grosso calibro la percezione del dolore sarà smorzata, mentre se a prevalere sono le scariche delle fibre di piccolo calibro il dolore verrà percepito in modo più acuto.

3. MODELLI DEL DOLORE

Il dolore possiamo classificarlo in diversi modi in base a:

- Durata
- Eziopatogenesi che scatena o genera il dolore
- Localizzazione

La prima grande distinzione fondamentale da affrontare è la differenza tra dolore acuto e dolore cronico.

3.1 Dolore acuto

Intendiamo per dolore acuto, quel dolore che ha la funzione di avvisare l'individuo della lesione tissutale in corso ed è normalmente localizzato, dura per alcune giorni, tende a diminuire con la guarigione. La sua causa è generalmente chiara: dolore legato all'intervento chirurgico, al trauma, alla patologia infettiva intercorrente. La persistenza del dolore oltre il tempo di guarigione previsto e una terapia impropria possono farlo progredire verso la cronicità.

3.1.1 Dolore post-operatorio

Il principale dolore acuto che ritroviamo è il dolore post-operatorio, che può essere causato da:

- Malattia preesistente
- Procedura chirurgica stessa, comprese le sequele riportate nel post-operatorio come ad esempio: drenaggi, sondini, cateteri.

In genere lo consideriamo come la risposta al trauma tissutale causato dall'atto chirurgico stesso, il risultato è un dolore acuto, localizzato solitamente all'area di intervento chirurgico, ma che può presentarsi anche in zone non direttamente coinvolte da esso. Non rappresenta solo una percezione sgradevole, ma induce reazioni neurovegetative: respiratorie, cardiocircolatorie, ormonali, muscolari ecc. che sono capaci di influenzare negativamente lo stato di salute e aumentare il rischio di complicanze post-intervento, interferendo con il recupero e il ritorno del paziente alle normali attività.

Un adeguato controllo del dolore aiuta a prevenire le complicanze, riuscire a respirare profondamente e tossire efficacemente dopo un intervento significa ridurre il rischio di infezioni respiratorie, riuscire a muoversi facilmente e presto riduce le conseguenze come trombosi venosa profonda o ulcere ai tessuti. Il recupero è favorito dal movimento, dalla possibilità di mangiare e dormire normalmente, tutte attività che sono inibite dalla presenza del dolore. Durante e dopo l'insulto chirurgico, l'organismo risponde con modificazioni endocrine e metaboliche in aggiunta ad alterazioni nelle funzioni d'organo, definite "reazioni da stress", caratterizzate dall'incremento di ormoni catabolici → cortisolo, glucagone, ormone della crescita, catecolamine e dall'inibizione di sostanze anabolizzanti come testosterone ed insulina. La risposta allo stress chirurgico è un fattore chiave della morbilità post-operatoria ed è una caratteristica condivisa, che comporta modificazioni della funzionalità dei vari organi. La risposta che l'organismo dà è correlata alla grandezza dell'insulto chirurgico: la morbilità è ridotta dopo procedure chirurgiche minori, mentre quella allo stress è più importante dopo chirurgia maggiore. Il dolore post-operatorio è una delle componenti dello stress chirurgico, in grado di amplificarne la risposta e provocare conseguenze negative nel decorso. Il dolore grave è uno dei fattori che contribuisce ad una risposta ormonale catabolica esagerata: ritenzione di sodio e di acqua per l'aumentata secrezione di cortisolo e adrenalina. Il bilancio azotato negativo nel periodo post-operatorio può essere prolungato ed esagerato quando il dolore non è trattato efficacemente, tanto da causare immobilità, perdita di appetito e ridotto apporto calorico. La percezione dolorosa più o meno intensa dopo intervento chirurgico è soggettiva, è dovuta principalmente da diversi fattori quali: differenze genetiche relative a sensibilità e tolleranza al dolore stesso, fattori psicosociali come ansia e preoccupazione, substrato culturale e precedenti

esperienze dolorose. I sanitari devono adeguare il trattamento analgesico in base al tipo e intensità di dolore riferito da ogni singolo paziente.

Il dolore postoperatorio è acuto, con una durata limitata nel tempo, permanendo per alcuni giorni, o, negli interventi più impegnativi, alcune settimane, riducendosi d'intensità nel tempo. In alcuni casi, può perdurare per mesi (dolore persistente) o addirittura anni divenendo così fortemente invalidante: dolore cronico postchirurgico. La frequenza della presenza del suddetto dolore dipende dal tipo di intervento, tecnica utilizzata, somministrazione di analgesici. La fase acuta è caratterizzata dalla liberazione di sostanze irritanti da parte delle cellule danneggiate, segue poi la risposta secondaria che comprende modificazioni plastiche del sistema nervoso centrale, responsabili di sindromi dolorose che possono persistere per molto tempo, riferite anche in regioni diverse da quelle di intervento.

Il trattamento del dolore postoperatorio prevede:

- Approccio preventivo: la dimostrazione del fenomeno del wind-up rappresenta la base dell'analgia preventiva, ossia somministrare l'analgico prima dell'intervento e dello stimolo algico. Riducendo così la risposta iniziale acuta al dolore, può prevenire o limitare, le modificazioni neuronali associate al wind-up.
- Approccio multimodale: la scelta di farmaci appartenenti a differenti classi analgesiche, che influenzano le vie del dolore, comporta effetto additivo ma sinergico, ottimizzando l'analgia e minimizzando effetti collaterali.

Le dosi e l'effetto di analgesici differiscono da soggetto a soggetto.

Una tecnica efficace per ridurre questo tipo di dolore ma poco utilizzata in Italia è il controllo analgesia paziente, con la quale il paziente stesso al bisogno può autosomministrarsi il farmaco analgesico, esse sono dotate di sistemi di sicurezza per evitarne abuso. Mentre i metodi non farmacologici per ridurre il dolore post-operatorio sono:

- Informare preventivamente il paziente circa la procedura chirurgica e l'andamento del periodo postoperatorio può diminuire lo stress che peggiora la sensibilità al dolore (sapere cosa ci aspetta in maniera chiara, semplice e precisa elimina l'ansia legata all'ignoto)

- Un approfondito colloquio con i medici può incrementare la volontà di cooperare e controllare la situazione, riducendo stress e sensazione di essere inermi di fronte al dolore.

3.1.2 Dolore procedurale

Il dolore procedurale viene considerato come un dolore episodico intenso. Nei pazienti in fase avanzata di malattia, il controllo del dolore costituisce uno degli obiettivi fondamentali del progetto di cura. Nella comune pratica clinica vengono effettuate frequenti procedure potenzialmente dolorose con finalità diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali.

Indipendentemente dall'invasività della procedura e dal contesto clinico, il dolore procedurale dovrebbe essere valutato, prevenuto e trattato. Tra le procedure più frequentemente associate a dolore troviamo le medicazioni di ferite difficili, del piede diabetico, il posizionamento di vari devices. È necessario, innanzitutto, individuare le caratteristiche del dolore indotto da procedure non chirurgiche in una popolazione adulta di pazienti critici, oncologici e non, assistiti in ambito ospedaliero e in cure palliative. La quotidianità di una persona che convive da tempo con una malattia severa è fatta di interventi medici e infermieristici: prelievi, medicazioni, igiene a letto, ognuna di queste operazioni può essere dolorosa, può aggiungere sofferenza al corpo che già ha affrontato molte prove e che è fragile e indifeso. Ad oggi tuttavia, sono molte le tecniche che consentono di evitare quello che viene definito il dolore procedurale: alcuni farmaci sono in grado di aiutare il paziente a sopportare quelle manovre apparentemente banali, come anche solo il cambio del decubito nel letto, un prelievo o l'inserimento di un catetere, che possono però provocare dolori insopportabili a chi ha già una malattia di base.

Procedure più dolorose a cui può essere sottoposto un paziente, a prescindere dalla natura del dolore di base (oncologico o meno) sono:

- rotazione nel letto
- inserimento catetere venoso centrale
- emogas analisi
- posizionamento SNG
- rimozione drenaggio chirurgico

- sostituzione medicazioni
- aspirazione endotracheale
- posizionamento catetere femorale
- medicazioni
- cure igieniche
- seduta di radioterapia
- mobilizzazione
- controllo glicemia
- accessi venosi di qualsiasi tipo
- trasferimento letto-carrozzina e viceversa
- cambiamenti posturali
- gestione drenaggi
- gestione cannula tracheostomica

Gli effetti del dolore da procedurale sono numerosi: fisici, emozionali, comportamentali, cognitivi e psicologici. Tali fattori producono ansia, paura, imbarazzo, incapacità a concentrarsi e, infine, sfiducia nell'operatore sanitario.

Per tutti gli interventi procedurali bisognerebbe considerare i seguenti principi generali:

- riconoscere l'esistenza del dolore procedurale
- evitare quando possibile i fattori scatenanti
- utilizzare quando possibili agenti che riducono il dolore
- evitare manipolazioni non necessarie
- evitare pressione eccessiva della medicazione
- valutare il comfort dell'intervento
- prendere in considerazione tecniche non farmacologiche
- riconsiderare le scelte nella gestione del dolore

3.2 Dolore cronico

Partiamo dal definirlo con questa citazione del World Health Organization: Se il dolore acuto può essere ragionevolmente considerato un sintomo di malattia o di trauma, il dolore cronico e ricorrente è un problema sanitario specifico, una malattia a pieno titolo." È duraturo, spesso determinato dal persistere dello stimolo dannoso e/o da

fenomeni di auto mantenimento, che mantengono la stimolazione nocicettiva anche quando la causa iniziale si è limitata. Si accompagna ad una importante componente emozionale e psicorelazionale e limita la performance fisica e sociale del paziente. E' rappresentato soprattutto dal dolore che accompagna malattie ad andamento cronico (reumatiche, ossee, oncologiche, metaboliche..). È un dolore difficile da curare: richiede un approccio globale e frequentemente interventi terapeutici multidisciplinari, gestiti con elevato livello di competenza e specializzazione.

Il dolore cronico molto spesso viene associato a disabilità, ma i due termini hanno significati diversi.

La disabilità viene definita dall'OMS (1980) come “una limitazione o una perdita – derivante da una alterazione – della capacità di eseguire una attività nella maniera o nel range considerato normale per un essere umano”. Il riferimento al termine “attività” è inteso, nella maggior parte dei casi, come “capacità lavorativa”, ma è necessario comprendere anche la restrizione alla partecipazione alle varie attività della vita che sono proprie degli individui di quell'età. La disabilità può essere allora valutata solo misurando le Performance e la Qualità di Vita. Nella pratica clinica l'unico dato obiettivo da esaminare, che stima il grado di disabilità dei pazienti, è la misura di ciò che i pazienti non riescono a fare e la riduzione della qualità di vita intesa come distanza tra ciò che il malato desidera fare e ciò che il malato può fare. La disabilità riguarda l'area della limitazione funzionale. Purtroppo, non sempre il controllo del dolore è seguito dalla ripresa delle abilità. La presenza di dolore cronico e di disabilità incide sempre sulla qualità di vita, ma anche in questo caso purtroppo non sempre il recupero delle abilità e la scomparsa del dolore migliorano di per sé la qualità di vita, anche se sono ovviamente delle premesse ineludibili.

L'età dei soggetti colpiti è variabile, sebbene vi sia un picco di incidenza negli anziani o in generale nei soggetti che hanno più di 65 anni. Essendo un tipo di dolore che compromette la normale vita quotidiana dell'individuo e che talvolta, in base a quale sia la causa scatenante può essere molto invalidante per il soggetto, risulta essere fondamentale il trattamento e la conoscenza dell'apposito ambulatorio per il trattamento dei soggetti che ne sono colpiti. Il dolore cronico risulta essere variabile in base a quale sia la causa scatenante e può essere classificato in maniera diversa. Una prima grande classificazione è la seguente:

- Dolore cronico oncologico: quando deriva da una patologia tumorale solida o del sangue. Viene definito anche dolore cronico maligno.
- Dolore cronico non oncologico: quando non è legato a patologia tumorale. Viene definito anche come dolore cronico benigno. A sua volta nell'ambito del dolore cronico non oncologico possiamo poi distinguere un dolore cronico:
 - o Nocicettivo: ovvero un dolore che deriva da un danno diretto ai tessuti come ad esempio il dolore ortopedico legato all'artrosi. Il dolore nocicettivo a sua volta può essere distinto in meccanico, quando si ha una compressione delle strutture coinvolte ed è la compressione a determinare il dolore, oppure muscolare, quando il dolore è causato esclusivamente da un problema ai muscoli, come ad esempio nella fibromi algia
 - o Neuropatico: quando è conseguenza di un danno alle strutture nervose o al sistema nervoso centrale
 - o Psicosomatico: quando è legato a stati di malessere psichici e psicologici quali ansia e depressione
 - o Idiopatico: quando non è legato a nessuna causa specifica

In linea generale le patologie maggiormente responsabili di dolore cronico possono essere le seguenti:

- Tumori: sono la principale causa, possono dare dolore cronico diffuso.
- Fibromialgia: è una delle cause di dolore cronico tra le più comuni, patologia complessa probabilmente autoimmune che provoca dolore cronico ai muscoli associato a rigidità muscolare, astenia e insonnia. La patologia colpisce tutto il corpo ma più frequentemente si localizza a livello di braccia, polsi, pelvi, gambe e colonna vertebrale
- Ernie: l'ernia del disco è una delle cause più comuni di dolore cronico non oncologico. Si tratta della fuoriuscita del cuscinetto intervertebrale dalla sua sede anatomica. Questo solitamente provoca un dolore cronico nella zona lombare che spesso si accompagna anche a dolore al nervo sciatico il quale viene compresso dall'ernia.
- Artrosi: ovvero progressiva usura delle articolazioni. Solitamente può colpire la zona del collo e della cervicale, la zona della spalla e del braccio, del ginocchio e zona lombare in caso di assottigliamento tra le vertebre della colonna vertebrale.

- Endometriosi: patologia in cui si ha la presenza di cellule endometriali al di fuori dell'utero. Questa patologia solitamente causa dolore cronico pelvico ed in generale al basso ventre.
- Neuropatie: le patologie che riguardano i nervi sono spesso causa di dolore cronico. Esempio è la neuropatia da Herpes Zostere, il cosiddetto “fuoco di Sant’Antonio”, una neuropatia causata dal virus della varicella, rimane latente nell’organismo proprio a livello dei nervi. Una sua riattivazione, legata ad un momento di abbassamento delle difese immunitarie, è causa di neuropatia che si manifesta con dolore cronico noto come “nevralgia post erpetica”
- Colon irritabile: spesso anche esso è causa di dolore cronico, questa patologia si manifesta con crampi addominali molto intensi associati a diarrea o stipsi e periodi di remissione.

Le terapie per il dolore cronico sono da intendersi come non curative o risolutive in quanto non vanno a curare la causa scatenante del dolore ma servono per attenuare i sintomi, permettendo una vita dignitosa al paziente. Esse possono essere terapie di tipo naturale o di tipo farmacologico, in base ai singoli casi ed entità dei sintomi.

4. CONSEGUENZE DEL DOLORE SULLA QUOTIDIANITÀ DEL SOGGETTO

Di fondamentale importanza risulta in primis conoscere entità del fenomeno dolore. Sono due le ricerche di seguito analizzate e riportate per il dolore cronico non oncologico: quella commissionata dall'associazione Italiana per lo studio del dolore a GfKEurisko (2007) e la ricerca 'Pain in Europe' realizzata dalla Federazione Europea della Società per lo Studio del Dolore (EFIC). È ben nota l'incidenza del dolore cronico dei malati con cancro: dati elaborati dall'OMS ci indicano che 17 milioni sono le persone affette da tumore e di esse il dolore cronico è costantemente presente nel 50% dei malati neoplastici e nel 75% dei malati in fase terminale. Dalla ricerca EuropeanPain in Cancer, curata dalla EuropeanAssociation for Palliative Care – EAPC (dati 2007) emerge che il 96% dei malati ha sofferto di dolore nell'ultimo mese e di essi metà dei pazienti con frequenza quotidiana e 'almeno da diverse volte alla settimana' nel 74% dei casi.

Importante è mettere in luce come solo il 16% degli intervistati italiani ha giudicato realmente efficace la terapia che gli è stata prescritta per il proprio dolore e nel 70% dei casi è stato visto che i farmaci assunti non sono stati in grado di scongiurarne la ricomparsa.

Inoltre, altro aspetto importante che emerso è quale sia lo specialista di riferimento: per il 74% dei pazienti, risulta essere oncologo medico, seguito per il 12% dal terapeuta del dolore e secondo 1 paziente su 5 il medico curante si dedica esclusivamente al trattamento del cancro, disinteressandosi completamente del dolore che invece esso comporta.

La ricerca AISD-GfKEurisko ci riporta che: per quanto riguarda la ricerca sul dolore cronico nella popolazione italiana, sono stati analizzati 15.000 cittadini, rappresentativi della popolazione italiana adulta per area geografica, ampiezza, sesso ed età dai 18 anni in su, da questa indagine è emerso come oltre il 20% degli intervistati abbia dolore cronico. Fra di esse il 4% dunque circa 2 milioni della popolazione italiana, soffre di dolore cronico a componente neuropatica, con un grave impatto sulla qualità di vita quotidiana, sia concretamente negli aspetti del vivere quotidiano sia psicologicamente. In prevalenza ne sono colpite le donne rispettivamente 72%, per lo più parliamo di

popolazione adulta-anziana oltre 45 anni il 71% e prevalentemente soggetti pensionati o casalinghe per il 59%.

Tali soggetti intervistati sentono il grande bisogno di una presa in carico globale e dunque manifestano una insoddisfazione generale verso il medico e il trattamento e percepiscono scarsa sensibilità sociale sul problema.

Alcuni dati sintetici riportati in seguito fanno emergere che:

-Il dolore si presenta intenso e persistente: in media i soggetti sofferenti convivono con questo dolore da 8 anni, riferiscono che dura quasi tutto il giorno e per il 65% si tratta di un dolore forte/molto forte, di un'intensità 7 da una scala numerica da 1 a 10, tanto forte che 83% dei sofferenti ritiene di non riuscire più a sopportare il dolore.

-Il dolore risulta avere un impatto importante sulla vita quotidiana e lavorativa: interferisce con il lavoro, così tanto che metà dei soggetti intervistati dichiara di non riuscire più a condurre una vita normale e così di conseguenza anche di recarsi al lavoro e tutti stimano soggettivamente una perdita della capacità-produttività di concentrazione intorno al 40%

-Le persone dichiarano di non riuscire più a condurre una vita normale, si sentono stanchi e irritabili. Per circa la metà degli intervistati l'esperienza dolorosa è anche psicologicamente devastante: si sentono soli, depressi e impotenti d'innanzi al dolore.

Nello studio dei soggetti affetti da dolore è emerso come ci sia un senso di profonda incomprensione delle altre persone: essi infatti dichiarano che hanno avuto e hanno difficoltà ad esprimere il proprio dolore e farsi realmente comprendere dagli altri, compreso il medico, che nella percezione dei soggetti, spesso sottovaluta l'aspetto dolore. Anche a livello sociale si è potuto constatare che vi sia profonda ignoranza del tema.

La ricerca "Pain in Europe" ha mostrato dati altrettanto preoccupanti, ossia su una ricerca condotta su oltre quarantacinquemila pazienti: il dolore cronico coinvolge il 19% della popolazione europea, il 21% degli italiani. Il dolore cronico colpisce soprattutto il sesso femminile: il 56% contro il 44% dei maschi. In pratica parliamo di quindici milioni di italiani, secondo i dati riportati dallo studio, che vivono con un dolore che li accompagna da 7 anni, mentre per 1 su 5 il dolore rappresenta una costante che li "accompagna da tutta la vita" addirittura parliamo di soggetti che ne sono affetti da oltre 20 anni. La differenza è resa ancora più incalzante nelle diverse fasce di età: al di sotto dei 18 anni l'esperienza di dolore cronico riguarda il 19,5% dei ragazzi contro il 30,4%

delle ragazze. Lo stesso significativo divario si presenta dopo 65 anni, con il 23,7% degli uomini contro il 40,1% delle donne. Non a caso International Association for the Study of Pain (IASP), la European Federation of IASP Charter (EFIC) e l'associazione italiana per lo studio del dolore (AISD) hanno proclamato il 2008 come l'anno contro il dolore nella donna, producendo molte iniziative di informazione e sensibilizzazione pubblicate sulle principali riviste scientifiche.

Dunque, capita spesso che in caso di dolore persistente, si possa essere spesso nervosi, altresì depressi, il dolore condiziona l'intera giornata. Quando si prova dolore soprattutto a livello cronico il sintomo che più vi si associa è l'ansia. Paura e ansia portano il paziente ad anticipare il dolore che proverà, esacerbando di conseguenza la sensazione, l'ansia anticipatoria correlata al dolore può comportare gravi livelli di disabilità, poiché' comporta nel soggetto la necessità di evitare tutte quelle situazioni e luoghi dove ha avuto dolore, come ad esempio il lavoro, il tempo libero o la scuola. (18) La depressione è forse il sintomo di più comune riscontro, secondo la letteratura essa è presente in una percentuale che varia tra 40% e il 50% nelle persone che soffrono di dolore cronico.

Tuttavia, la depressione non sembra essere la causa scatenata del dolore in sé ma bensì le difficoltà nel farvi fronte e le ricadute che essa implica sulla vita quotidiana.

Infine, insieme all'ansia e alla depressione troviamo sicuramente la rabbia, che nell'individuo affetto da dolore cronico di solito viene repressa, questo conduce a una maggior probabilità di trovare soggetti che rivolgono la rabbia verso sé stessi piuttosto che a gli altri.

5. ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL DOLORE

La valutazione e gestione del dolore è un aspetto centrale della professione infermieristica e di tutte le sue attività di care. La consapevolezza di quanto il dolore non sia più considerato sintomo, bensì un problema multidimensionale che richiede conoscenza, competenza, professionalità e sempre più presente nei professionisti.

L'assistenza infermieristica è importante istaurarla sul piano della personalizzazione, mettendo al primo posto i bisogni del paziente, traducendoli dunque in offerta assistenziale adeguata alle caratteristiche personali dei singoli soggetti. Come riportato dal codice Deontologico degli infermieri, la responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo (capo I, Art 3). Inoltre, si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari (Capo IV, Art34)

L'assistenza infermieristica inizia con l'accertamento del dolore, in cui infermiere descrive il dolore e gli altri fattori che lo influenzano, la documentazione deve essere eseguita con utilizzo di scale validate che diventano parte integrante della cartella infermieristica. Nella persona affetta da dolore si rilevano alterazioni fisiologiche osservabili, quali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e risposte metaboliche. I parametri che vengono presi in considerazione durante accertamento sono: l'intensità, il tempo, la localizzazione e qualità del dolore, fattori allevianti o aggravanti. Questa metodica di valutazione viene denominata comunemente nell'ambito sanitario P (provocato da..) Q (qualità) R (regione interessata) S (severità) T (tempo).

Importante sottolineare come uso degli strumenti di rilevazione del dolore non debba essere una metodica a sé stante ma deve essere integrata alla relazione che l'infermiere istaura con il paziente, fondamentale per capire la cultura, la personalità, i bisogni e il significato che assistito ha al suo dolore, questi aspetti costituiscono le fondamenta della pianificazione infermieristica corretta.

Ricordiamo che la rilevazione del dolore viene eseguita alla presa in carico del paziente in struttura, ed almeno una volta all'inizio di ogni turno, oltre che dopo ogni richiesta di valutazione da parte del soggetto stesso. Inoltre, l'inizio del trattamento antalgico

impone la rivalutazione e documentazione dopo un adeguato intervallo di tempo dal trattamento effettuato. È fondamentale sempre documentare il dolore in apposita cartella, questo oltre ad essere un obbligo di legge (n.38/2010) garantisce un aspetto fondamentale e chiave nel trattamento del dolore ossia la continuità terapeutica assistenziale tra ospedale e territorio. Infermiere deve poi porre la diagnosi infermieristica adeguata seguita dai relativi interventi infermieristici: es. somministrare farmaci su prescrizione quando necessario, favorire le posizioni confortevoli, eseguire frequenti valutazioni del dolore, massaggiare l'area dolorante e attuare tecniche di distrazione. Verificare poi in ultimo i criteri di risultato ossia: la persona dimostrerà l'apprendimento delle tecniche di rilassamento per ottenere il benessere, mostrerà un dolore a livello basso rispetto alla scala di valutazione, riferirà di star bene fisicamente e psicologicamente, userà in modo appropriato i farmaci analgesici.

Dunque, possiamo enunciare che i principi che secondo la IASP, dovrebbero guidare la formazione infermieristica sono i seguenti:

- La comprensione del dolore come fenomeno multidimensionale, bio-psico-sociale che include fattori sia biologici che psicologici
- La conoscenza delle variabilità del dolore che può assumere diverse intensità (acuto, persistente o combinazione di acuto e cronico) e dell'eziologia che può guidarne valutazione e il trattamento
- La valutazione con metodi efficaci, validi, riproducibili come le scale di valutazione che devono essere adattate al paziente ed alla sua condizione, facendo particolare attenzione a categorie più fragili come neonati e pazienti anziani con demenza
- Diritto di tutti i pazienti al miglior trattamento possibile con il coinvolgimento, se il paziente lo desidera dei propri familiari
- Documentazione in maniera chiara ed univoca della rilevazione e del trattamento all'interno della cartella clinica
- Educazione terapeutica al paziente e ai suoi familiari nel management del dolore come elemento fondamentale
- L'essenzialità degli infermieri come membri del team pain management

Gli obiettivi che secondo la IASP, la professione infermieristica deve perseguire sono i seguenti:

- 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 (acuto, persistente, episodico intenso) per quanto concerne i meccanismi d'azione, la valutazione e il trattamento del dolore
- Il riconoscimento delle conseguenze di un mancato trattamento antalgico
- L'utilizzo di metodologie di valutazione e pianificazione assistenziale evidence-based
- L'identificazione di potenziali fattori ostacolanti nella valutazione e nel trattamento del dolore
- Il riconoscimento delle persone più a rischio di 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 (ad es. cambio di postura, erogare informazioni accurate, tecniche di rilassamento e distrazione)
- 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 la 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

La figura dell'infermiere, è quella presente per il paziente dall'entrata nel reparto di degenza fino alla sua dimissione, ed è in tal senso la figura che dà maggiore continuità all'assistenza. Il personale infermieristico lavora allo scopo sia di fornire informazioni al paziente, ma anche di migliorare la sua conoscenza riguardo la sua condizione, e quindi migliorarne la qualità di vita.

5.1 Strumenti per accertamento del dolore

L'ampia portata del problema dolore implica l'evidente necessità di utilizzare dei mezzi adeguati che ci permettano effettivamente di concretizzare in maniera realistica lo stato del soggetto, allo scopo di poter formulare una diagnosi corretta e impostare così adeguato trattamento antalgico. Trattandosi di una percezione che definiamo prevalentemente soggettiva, il dolore deve per forza venire qualificato mediante apposite scale di valutazione validate.

Una prima importante distinzione da fare tra le scale di valutazione del dolore riguarda la loro: uni o multidimensionalità.

Le scale monodimensionali come ad esempio VAS, NRS, VRS indagano un unico aspetto, ossia l'intensità del dolore. Conoscere intensità del dolore permette di avere un valore baseline comparabile con quelle che saranno le valutazioni successive, permettendo così di monitorare andamento dei sintomi, guida il professionista nella scelta di una tecnica o un test.

Le scale monodimensionali risultano inadeguate nel caso ci sia fluttuazione dei sintomi o in caso di dolore cronico.

Le scale multidimensionali indagano in maniera globale aspetto dolore, risulta essere di estrema valenza soprattutto quando parliamo di dolore cronico dove prevalgono le componenti cognitivo-affettive ed emozionali, le quali si modificano nel corso delle terapie, mentre la componente sensoriale rimane pressoché la stessa. Tra le scale multidimensionali validate annoveriamo McGillPainQuestionnaire (MPQ), il Brief Pain Inventory (BPI) e il Pained.

In ambito pediatrico, la valutazione risulta ancora più complessa si avvale di apposite scale che sfruttano come canale comunicativo le immagini, al posto di numeri e parole, dunque troviamo: FacesPain Scale (FPS) e la Wong-Baker FacesPain (WBFPRS)

Le scale di valutazione devono essere adattate al singolo paziente che ci troviamo d'avanti soprattutto alla sua età.

-SCALA VAS → Anche definita scala analogico visiva è costituita da una linea predeterminata lunga da 0 a 10cm, dove l'estremità di sinistra ossia vicino allo 0 significa “nessun dolore”, mentre estremità di destra ossia vicino al 10 indica “peggior dolore possibile”. Al paziente viene chiesto di tracciare sulla linea un segno che rappresenti il livello di dolore provato. Il punteggio viene calcolato in mm dell'estremo che corrisponde alla minima intensità. Sulla base di diversi studi sono stati valutati i seguenti “range”:

- 0 “nessun dolore”
- Da 0,1 a 45 mm “dolore lieve”
- Da 46 a 75 mm “dolore moderato”
- Da 76 a 100 mm “dolore severo”

La VAS possiamo affermare essere una scala pratica e veloce, con un tempo di compilazione inferiore ad un 1min, ma per il suo utilizzo è richiesto un soggetto che abbia un minimo di coordinazione visivo-motoria che non sempre per questo può essere applicata, soprattutto nei soggetti anziani.

SCALA VALUTAZIONE VERBALE (VRS)

SCALA ANALOGICA VISIVA

Indichi con una crocetta su questa scala da 0 a 10 quanto è forte il Suo dolore

ASSENTE |-----| IL PIU' FORTE
0 10
DOLORE

-SCALA NRS → Anche definita scala numerica, unidimensionale a 11 punti che valuta intensità del dolore nell'adulto. Il paziente indica intensità del proprio dolore verbalmente o disegnando un cerchio sul numero che meglio lo descrive.

La scala è composta da una linea orizzontale, con un intervallo che va da 0 a 10, corrispondenti a “nessun dolore” e “peggior dolore immaginabile”.

Facile da utilizzare, tempo di compilazione inferiore a 1min e non richiede alcuna coordinazione visivo-motoria.

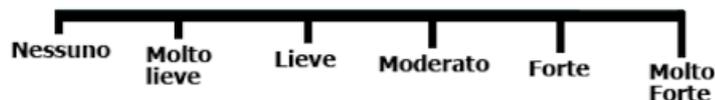


-SCALA VRS → Anche definita scala di valutazione verbale, composta da una lista di descrittori che permettono di indentificare il grado di intensità del dolore. Generalmente la scala va da “nessun dolore” a “dolore grave” o “dolore molto intenso” passando per una serie di aggettivi intermedi, che dovrebbero cogliere in tutte le varie sfumature dell’intensità del dolore (es. lieve, moderato, grave).

Il limite della suddetta scala sta nel fatto che i descrittori verbali sono già predeterminati e non sempre corrispondono al grado reale di dolore avvertito, inoltre richiede che il paziente sia consapevole e sia in grado di comprendere ogni aggettivo, pertanto la scala non è congrua per soggetti che hanno basso livello di scolarizzazione o con bassa capacità di astrazione.

La scala VRS ha meno forza nell’indentificare i cambiamenti di intensità del dolore rispetto alla VAS e NRS.

SCALA VALUTAZIONE VERBALE (VRS)



-SCALA McGillPainQuestionnaire-MPQ → Strumento sviluppato nel 1975, la versione originale prevedeva 102 descrittori verbali del dolore, portati poi a 78 nelle versioni successive. Le parole scelte dai pazienti e dalla letteratura clinica descrivono differenti aspetti del dolore e sono divise in tre classi maggiori: sensoriale, emotiva-affettiva, valutativa. A loro volta i descrittori vengono suddivisi in 20 sottoclassi, raggruppati con logica semantica, e sono disposti in ordine crescente di intensità del dolore. Per ogni sottogruppo il paziente dovrà scegliere solo una parola, in riferimento al suo dolore attuale, scegliendo tra i seguenti valori:

1-lievissimo

2-moderato

3-di media intensità

4-forte

5-atroce

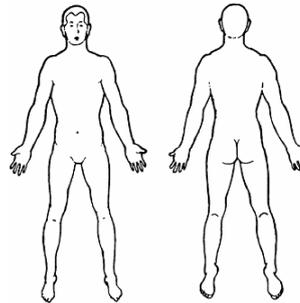
Infine, vi è una body chart per la localizzazione del dolore.

MC GILL PAIN QUESTIONNAIRE (MPQ)

Mc Gill Pain Questionnaire

Nome _____		Cognome _____		Data _____	
S	A	V	M	= Totale	
(1-10)	(11-15)	(16)	(17-20)	(1-20)	

- 1** (Sensitivi)
- Tremolante
 - Vibrante
 - Pulsante
 - Che picchia
 - Battente
 - Martellante
- 2**
- Salta qua e là
 - Fulmineo
 - E' come una molla che scatta
- 3**
- Punge come uno spillo
 - Buca come un ago
 - Buca come un chiodo
 - E' come una pugnata
 - Lancinante
- 4**
- Tagliente come una lametta
 - Tagliente come un coltello
 - Lacerante
- 5**
- E' come un forte pizzicotto
 - Stringe
 - E' come un crampo
 - Rode
 - Schiacciante
- 6**
- Stira
 - Tira
 - Contorce
- 7**
- Caldo
 - Scotta
 - Brucia
 - Roviante
- 8**
- Dà formicolio
 - Pizzica e irrita
 - Vivo
 - Acuto
- 9**
- Dà indolenzimento
 - Sordo
 - Fa male
 - Dà sofferenza
 - Gravoso
- 10**
- Sensibile al tocco
 - Teso
 - Riaschia
 - Spezza
- 11** (Afferitivi)
- Stancante
 - Che esaurisce
- 12**
- Nauseante
 - Soffocante
- 13**
- Allarmante
 - Spaventoso
 - Terrificante
- 14**
- Affligge, come una punizione
 - Prostrante
 - Crudele
 - Feroce
 - Micidiale
- 15**
- Sgradevole
 - Accecante
- 16** (Valutativo)
- Noioso
 - Disturbante
 - Penoso
 - Intenso
 - Insopportabile
- 17** (Misti)
- Si propaga
 - Si diffonde a raggiera
 - Penetrante
 - Perforante
- 18**
- Fasciante
 - Intorpidito
 - Tirante
 - Strizza
 - Strappante
- 19**
- Fresco
 - Freddo
 - Congelante
- 20**
- Seccante
 - Dà disgusto
 - Dà tormento
 - Terribile
 - Torturante
- Per le istruzioni leggere ad ogni voce la CONSEGNA e leggere con inglese, espressione, significato e significato dei termini.



Segnare con E le zone in cui è presente dolore esterno, con I se è presente un dolore interno, con EI se è presente sia dolore esterno che interno
Associazione con altre sensazioni: segnare con X e specificare:

Note:

-BPI Brief Pain Inventory → Anche definito breve questionario per la valutazione del dolore (BQVD) è uno strumento originariamente sviluppato per valutare l'impatto e l'intensità del dolore nei pazienti oncologici. Il suo impiego è stato successivamente esteso anche alle condizioni dolorose croniche non maligne. Nel dominio che riguarda l'intensità del dolore viene chiesto al paziente: di indicare un punteggio su una scala numerica che va da 0 "nessun dolore" a 10 "peggior dolore possibile" e di localizzarlo sulla mappa corporea.

Viene chiesto al paziente di indicare in primo luogo il dolore attuale e successivamente il dolore peggiore, minore e il valore di media nella settimana precedente.

Per quanto riguarda il dominio interferenza del dolore nella vita quotidiana, nel pieno rispetto del modello bio-psico-sociale, il BPI include 7 item: lavoro, attività ludiche, camminare, dormire, umore, gioia di vivere, relazione con gli altri, che vengono valutati tramite una scala linkert a 11 punti, da 0 “nessuna interferenza” a 10 “interferisce completamente”.

Alla fine, viene eseguita una media di ogni item che va a costituire la media complessiva di interferenza del dolore nella vita quotidiana.

BRIEF PAIN INVENTORY (BPI)

Brief Pain Inventory (Short Form)

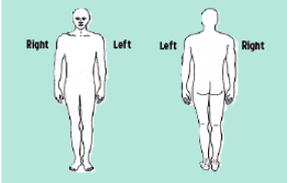
Study ID# _____ Hospital # _____
Do not write above this line.

Date: _____
Time: _____

Name: Last _____ First _____ Middle Initial _____

1) Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?
1. yes 2. no

2) On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **WORST** in the past 24 hours.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Pain										Pain as bad as you can imagine

4) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **LEAST** in the past 24 hours.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Pain										Pain as bad as you can imagine

5) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the **AVERAGE**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Pain										Pain as bad as you can imagine

6) Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have **RIGHT NOW**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Pain										Pain as bad as you can imagine

7) What treatments or medications are you receiving for your pain?

8) In the past 24 hours, how much **RELIEF** have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much relief you have received.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Does not relieve										Complete relief

9) Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, **PAIN HAS INTERFERED** with your:

A. General Activity:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

B. Mood:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

C. Walking Ability:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

D. Normal work (includes both work outside the home and housework):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

E. Relation with other people:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

F. Sleep:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

G. Enjoyment of life:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere										Completely interferes

Copyright © 1991 Charles S. Cleeland, MD

-PAINAD – PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENZA → Scala multidimensionale della valutazione del dolore, viene utilizzata nei soggetti con marcato decadimento cognitivo o non collaboranti. Uno dei più importanti ostacoli alla valutazione del dolore in caso di demenza riguarda, infatti, la capacità di comunicare e di ricordare il dolore. Questo strumento consiste nell’osservare comportamenti del paziente, effettuando un’analisi quantitativa del discomfort osservato nel suo linguaggio del corpo. I 5 parametri fondamentali presi in considerazione sono:

- Respirazione
- Vocalizzazione

- Espressione del volto
- Linguaggio del corpo
- Consolazione

per ogni item viene attribuito un punteggio che va da 0 a 2, in ordine crescente di discomfort osservato. Infine, si esegue la somma dei valori ottenuti da ogni item andando a formare un punteggio che varia da 0 a 10, così suddiviso:

- 0 = assenza di dolore
- da 1 a 4 = dolore lieve
- da 5 a 7 = dolore moderato
- da 8 a 10 = dolore severo

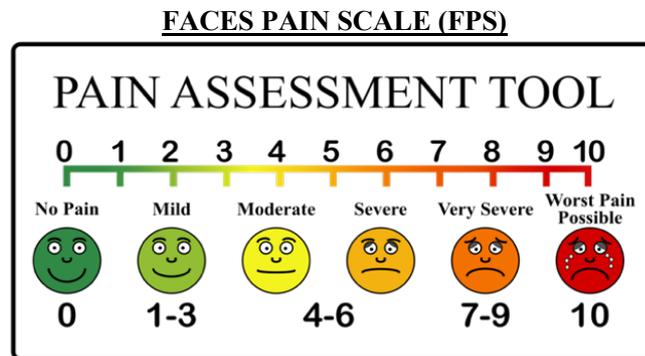
PAINAD

TABELLA 1: La scala PAINAD.

INDICATORI	0	1	2
<i>Respirazione</i>	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea
<i>Vocalizzazione</i>	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti
<i>Espressioni del volto</i>	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie
<i>Linguaggio del corpo</i>	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire
<i>Consolazione</i>	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca rassicurazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione
0-1 <i>Dolore assente</i>	2-4 <i>Dolore lieve</i>	5-7 <i>Dolore moderato</i>	8-10 <i>dolore severo</i>

-FACES PAIN SCALE – FPS → La scala nella sua versione originale, consiste in una serie di 7 volti disposti in linea orizzontale. Come per le altre scale unidimensionali, l'espressione del viso all'estremo sinistro corrisponde a “nessun dolore” e quello a destra al “peggior dolore” con un punteggio che varia da 0 a 6. La versione rivisitata della scala comprende invece 6 volti con punteggio che varia da 0 a 10. Entrambe vengono utilizzate nei bambini di età compresa tra 4 e i 12 anni. La scala è semplice, veloce, snella e nella versione “rivisitata” è stata tradotta in più di 35 lingue. Viene utilizzata molto spesso e quasi prevalentemente nei bambini, alla quale vi è chiesto di indicare la faccia che mostri quanto lui stia male o abbia dolore in quel momento. Lo

scopo e proprio quello di misurare come i bambini si sentano dentro e non l'espressione che è sul loro volto.



-WONG-BAKER FACES Pain Rating Scale- WBFPRS → È una scala orizzontale di 6 volti disegnati dall'estremo che sorride a sinistra, all'estremo che piange a destra. La scala prevede attribuzione di un punteggio che varia da 0 a 10, ed è adatta dai 3 ai 18 anni di età. Richiede poche istruzioni per l'utilizzo, disponibile in 10 lingue, di facile e veloce utilizzo. Tra i punti a sfavore della scala troviamo la possibilità che il sorriso o le lacrime dei volti disegnati possano influenzare il bambino nel valutare intensità del proprio dolore.



5.2 Istruzioni per la misurazione dell'intensità del dolore nel paziente adulto

Per ottenere una misurazione corretta dell'intensità del dolore il più possibile valida e affidabile, è indispensabile utilizzare sempre lo stesso strumento e la stessa modalità di rilevazione. È importante per tanto seguire delle semplici regole:

- rilevazione dell'intensità del dolore almeno tot volte al giorno (definire con precisione quando):
- presentare a tutti i pazienti le istruzioni oralmente, eventualmente, se ritenuto utile, accompagnate dal supporto visivo (scala numerica)
- istruzioni verbali: "Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10

corrisponde al peggiore dolore possibile”. - Se il paziente divaga, rispondendo ad esempio con descrizioni verbali (es. “Sì, ho un po’ di dolore, ma non tanto”) richiamarlo con calma alle istruzioni: “Me lo indichi per cortesia con un numero da 0 a 10”.

-specificare sempre l’unità temporale di riferimento nella misurazione dell’intensità del dolore: es. “in questo momento”, “nelle ultime 24 ore”, ecc.- Mai suggerire la risposta al paziente (es. il personale non deve mai dire: Ha detto che ha un po’ male, quindi sarò circa 2 o 3, vero?) e tanto meno fare la valutazione a suo posto presumendo di conoscere come si sente

Se il paziente dice di non aver compreso le istruzioni, usare esempi semplici, come: “Immagini che questo sia come un termometro per valutare il dolore; più il numero è alto e più il dolore è forte”. Non usare l’esempio dei voti a scuola, perché può confondere (10 a scuola rappresenta un evento positivo mentre nel nostro caso, corrisponde a un evento altamente negativo)

- Se il paziente contesta l’istruzione, dicendo per es. che lui non può sapere qual è il dolore peggiore in assoluto, ricordargli che si tratta di una valutazione soggettiva e personale; chiedere di fare riferimento a quello che lui immagina poter essere il peggior dolore possibile.

- Non mostrare e riferire al paziente la valutazione del dolore data in precedenza, anche se lui stesso ne fa richiesta; rispondendo che per noi è importante avere la sua valutazione del dolore in quel preciso momento.

-Non fare commenti sulla risposta data dal paziente (dire solo “Va bene” oppure “Ho capito”). La valutazione del paziente non va mai contestata. Per es. non va mai detto: “Ma come! Se prima mi ha detto che il dolore era 6, come fa a dirmi che adesso è 8, dopo aver assunto un analgesico? È impossibile!”

-Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi e che lo strumento di misura che noi utilizziamo non è un vero “termometro”.

-Quando le valutazioni del paziente risultano incongruenti può essere interessante cercare di capire perché questo avviene: sono presenti convinzioni o paure che possono condurlo a sovra- o sotto- stimare l’intensità del dolore?

-Attenzione a non fornire vantaggi secondari di tipo attenzionale-relazionale alle lamentele di dolore. Alcuni pazienti possono sentirsi gratificati dall'ottenere attenzioni particolari dallo staff di cura, accentuando a tal fine il comportamento manifesto di dolore. L'attenzione dell'operatore deve essere rivolta alla persona e al suo dolore/sofferenza, ma non necessariamente al comportamento da dolore.

-Se l'intensità del dolore è pari o superiore a, riferire prontamente la risposta del paziente in modo che il dolore possa essere gestito secondo le raccomandazioni di trattamento previste (Tale indicazione è stata data agli operatori allo scopo di rendere più omogeneo l'intervento di gestione del dolore; per punteggi inferiori a sarebbe opportuno introdurre il criterio dell'accettabilità soggettiva del sintomo.

6. DIFFERENZA TRA TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE

Le cure palliative e la terapia del dolore sono due pratiche totalmente differenti, seppur nella prassi comunemente ed erroneamente assimilate.

L'erogazione di cure palliative e terapia del dolore avviene attraverso una rete di assistenza, che si compone di diversi servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali. Per quanto riguarda le cure palliative, centrale è la funzione degli Hospice, ovvero struttura sanitaria residenziale per malati terminali, nelle quali vengono erogate sia terapie farmacologiche che sostegno psicologico e sociale, trattandosi di malati terminali, gli Hospice hanno come obiettivo primario quello di prendersi cura dei pazienti e familiari, attraverso una equipe composta da medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, assistente spirituale e volontario.

La terapia del dolore, invece, si basa sulle cosiddette reti cliniche integrate, ovvero centri di eccellenza, detti Hub, supportati da strutture distribuite sul territorio, gli Spoke, che operano in regime ambulatoriale.

Per distinguere cure palliative e terapia del dolore partiamo dalle loro definizioni:

-Cure palliative: l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti per la cui malattia non esistono più cure efficaci.

-Terapia del dolore: l'insieme di terapie farmacologiche, finalizzate alla soppressione ed al controllo del dolore.

Per cure palliative intendiamo dunque tutti quei trattamenti rivolti a pazienti la cui malattia non risponde più a nessun intervento farmacologico o chirurgico. Si tratta di fatto di pazienti in stadio terminale, ai quali si cerca di offrire il sollievo ed il supporto nella fase conclusiva della malattia e, purtroppo, della loro vita.

Le cure palliative non devono essere confuse con l'effetto placebo, in quanto non si limitano solo alla somministrazione di terapia farmacologica, ma comprendono anche il fondamentale e importante supporto psicologico, al malato ma anche ai suoi familiari.

La definizione di cure palliative fornita dall'organizzazione mondiale della sanità è la seguente: "Un approccio che migliora 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, psicofisica e spirituale.”

Per quanto riguarda la terapia del dolore, Il termine terapia ha origine greca e deriva dalla parola *therapeia*, che a sua volta deriva dal verbo *therapeyo*, il quale ha il significato di curare, guarire ed assistere. Dal latino *dolorem*, a sua volta derivato dal verbo *doleo*, che letteralmente significa sento male, mi dolgo, come espressione di sensazione che affligge. Nell’ambito della Medicina del Dolore, la terapia si figura come il mezzo per raggiungere l’obiettivo principale: la cura del dolore. Rappresenta la fase finale nel processo di presa in carico di un paziente con dolore, in quanto sempre successiva alla prima visita, alla diagnosi ed a tutti quegli approfondimenti necessari per selezionare il percorso di cura più adatto.

7. STRATEGIE PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Per trattamento del dolore intendiamo l'insieme degli interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e mettere in atto le strategie più appropriate a ridurre il dolore.

L'obiettivo di un adeguato trattamento del dolore non è rappresentato dall'esclusiva assenza o riduzione del dolore, ma anche dal miglioramento della qualità di vita della persona stessa.

Dunque, i benefici dell'analgesia si estendono oltre al "semplice" controllo dei sintomi, infatti è stato dimostrato che il dolore acuto, attivando il sistema simpatico, può dare manifestazioni negative a livello cardiaco e respiratorio.

Risulta essenziale che il professionista possieda una formazione adeguata circa i principi di base della terapia analgesica (farmacologica e non), le proprietà, le vie di somministrazione, le dosi e i possibili effetti collaterali degli analgesici, in particolare degli oppioidi.

L'approccio terapeutico prevede integrazione di interventi e valutazioni realizzati in multidisciplinarietà da diverse figure professionali adeguatamente formate, consentendo la definizione di un percorso personalizzato per il paziente, al fine di individuare un programma analgesico adeguato. Considerata la presenza di numerose patologie connesse al dolore, le singole realtà aziendali elaboreranno percorsi diagnostico-terapeutici interdisciplinari specifici per le patologie che sono maggiormente ricorrenti. Tali percorsi coinvolgono il personale medico (internista, medico di medicina generale e terapeuta del dolore) e l'infermiere ospedaliero e territoriale, e di volta in volta i singoli specialisti interessati (es reumatologo, ortopedico ecc..)

Le strategie utilizzate come di seguito viene riportato possono essere farmacologiche e non farmacologiche.

7.1 Trattamento non farmacologico del dolore

Numerosi interventi non farmacologici si sono dimostrati efficaci da soli, od in associazione dei farmacologici nel trattamento del dolore cronico, soprattutto dell'anziano e dovrebbe far parte dell'approccio multidisciplinare alla terapia del dolore.

Le cure non farmacologiche erroneamente spesso, non godono di pari considerazione dei trattamenti farmacologici. In genere vengono utilizzati per affiancare un trattamento farmacologico e ne potenziano l'effetto, talvolta consentono di ridurre la posologia dei farmaci o la frequenza di assunzione, alleviano lo stress che accompagna il dolore stesso e aiutano il soggetto a recuperare la capacità di controllo nella vita di relazione.

Essi richiedono una consapevole e attiva partecipazione del malato al programma terapeutico. Alcune di queste modalità (es vedi distrazione, rilassamento, immaginazione ecc) sono in grado di distogliere l'attenzione del malato determinando la rottura del circolo DOLORE --- ANSIA --- TENSIONE.

Nello specifico dell'intervento psicologico-clinico numerosi studi evidenziano che per alleviare il dolore è necessario: ridurre la tensione a livello muscolare, distogliere l'attenzione, intervenire sulla depressione.

Le evidenze cliniche e scientifiche dimostrano l'efficacia degli interventi psicologici sul trattamento del dolore sia acuto che cronico in tutte le sue manifestazioni, come pure nella riduzione della: disabilità, ansia, depressione, disturbi psicosomatici, assunzione di farmaci e aumento della compliance alle cure.

Interventi di sostegno esistenziale:

PSYCHOTERAPY E SUPPORT GROUPS → la psicoterapia non rappresenta una terapia alternativa ma uno strumento importante per alleviare la sofferenza psicologica dei pazienti e dei familiari, determinata dalla malattia.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE (TCC) → tecnica sviluppata negli ultimi 40 anni e viene talvolta raccomandata ai pazienti con dolore persistente che non può essere alleviato con la comune terapia farmacologica. In particolare, parliamo del trattamento di: cefalee, pazienti con dolore da artrite reumatoide e della sindrome irritativa di Bowel, per cessazione del fumo e trattamento di stress psicologico indotto da malattie tumorali. Essa comporta annullamento dei pensieri negativi e aiuta i pazienti a capire come possono modificare il loro comportamento per ridurre il dolore. Uno dei principi alla base della terapia cognitivo-comportamentale è rappresentato dall'assunto secondo cui le emozioni e i comportamenti dipendono dalla nostra percezione degli eventi: non è l'evento in sé, ma la sua interpretazione a determinare il mondo in cui lo viviamo, in termini di: pensieri, comportamenti ed emozioni. Molti disturbi sono dovuti ad una modalità "non funzionale" di "leggere" la realtà che porta a vivere costantemente

in preda a paure e ansie, il pensiero dunque influenza lo stato emotivo e la messa in atto di un comportamento piuttosto che un altro. Da un punto di vista cognitivo, la TCC aiuta le persone ad identificare i pensieri negativi e a sostituirli gradualmente con una modalità di pensiero più realistica e funzionale.

IPNOSI→Con il termine ipnosi si intende una particolare condizione nella quale è presente uno stato di coscienza diverso dal normale stato di veglia ma anche da qualsiasi fase del sonno. La terapia che sfrutta l'ipnosi, chiamata ipnoterapia, implica un intervento preciso da parte di un terapeuta (ma che è anche effettuabile dallo stesso paziente, nel qual caso si parla di autoipnosi) mirato a indurre lo stato di ipnosi con lo scopo di utilizzare a fine medico tutte le potenzialità intrinseche del paziente che si rendono disponibili appieno soltanto in questo particolare stato di coscienza. Oggi l'ipnoterapia è ufficialmente accettata dalla medicina sulla base di numerose prove che ne hanno dimostrato l'efficacia nel controllo del dolore. I meccanismi attraverso i quali questa tecnica agisce non sono del tutto noti, ma si pensa che possano essere chiamate in causa la distrazione (si sa che l'attenzione focalizzata sull'agente lesivo e sull'area corporea interessata potenzia la percezione dolorosa, mentre la semplice distrazione ha effetto nel ridurla), la riduzione dell'ansia associata al dolore, ma anche una modulazione dei sistemi nervosi sensoriali.

TECNICHE DI RILASSAMENTO→ Ne esistono diverse che si sono rivelate utili, di caso in caso, nel migliorare il benessere, soprattutto negli stati di dolore cronico. Attraverso un buon rilassamento è possibile: ridurre sia la tensione muscolare, sia le risposte emotive negative con conseguente: riduzione progressiva del dolore e miglioramento dello stato di benessere. Le tecniche possibili sono diverse ed i risultati dipendono dalle preferenze del paziente e dalle sue capacità di mettere in atto correttamente la tecnica scelta e costanza nell'applicarla, esempi sono: yoga, musicoterapia, training autogeno.

AGOPUNTURA →L'agopuntura è una tecnica terapeutica, che fa parte della Medicina tradizionale cinese, la cui efficacia a diversi livelli è ormai ampiamente documentata. Il metodo prevede l'inserimento di sottili aghi in particolari punti del corpo. Secondo le teorie cinesi, il corpo è attraversato da canali energetici chiamati meridiani che sono in connessione con i diversi organi e apparati. Attraverso la stimolazione di punti specifici si attivano tali canali e, di conseguenza, si produce una risposta da parte degli

organi o apparati corrispondenti. In chiave più occidentale, i punti stimolati corrispondono a specifici punti del sistema nervoso la cui stimolazione induce il rilascio di diversi neurotrasmettitori. In ogni modo, l'applicazione dell'agopuntura nella terapia del dolore è supportata da un gran numero di studi clinici. La sua efficacia è però evidenziabile solo in alcune forme di dolore e non in altre: per esempio in alcune condizioni di dolore cronico, come quello nocicettivo muscolo-scheletrico, l'agopuntura induce effetti positivi mantenuti anche a lungo termine, mentre forme di dolore cronico idiopatico non rispondono nello stesso modo.

MASSAGGI→ Esistono diverse evidenze riportate in letteratura della validità del massaggio nell'alleviare il dolore, soprattutto quello cronico, di origine non tumorale, e in special modo quello muscolo-scheletrico, con effetti benefici spesso persistenti a lungo termine. Si ipotizza che via siano diverse attività che possono agire positivamente sul dolore: un'azione rilassante, il miglioramento dell'umore, la stimolazione del rilascio di serotonina (neurotrasmettitore coinvolto nella modulazione delle sensazioni dolorose), il miglioramento del sonno, con inibizione del rilascio di alcune sostanze algogene, e anche una "competizione" tra le stimolazioni positive indotte dal massaggio sui recettori pressori e quelle algiche sui nocicettori, che verrebbero inibite. È evidente che per essere efficace nel controllo del dolore il massaggio deve essere praticato da un terapeuta esperto che abbia dimestichezza con le tecniche di manipolazione adatte agli obiettivi terapeutici.

ELETTROSTIMOLAZIONE/TENS→ L'elettrostimolazione utilizza impulsi elettrici a bassa frequenza per stimolare le fibre muscolari e indurre una contrazione della muscolatura. Questa azione può essere sfruttata in terapia per prevenire o ritardare l'atrofia dei muscoli quando per diverse ragioni non vengono utilizzati, e ne incrementa nel contempo la potenza e la forza, ma viene utilizzata anche per rilassare gli spasmi muscolari e incrementare la circolazione sanguigna. La stimolazione elettrica transcutanea nervosa o TENS (TranscutaneousElectricNervousStimulation) è invece indicata per ridurre direttamente la sensibilità al dolore. Si tratta dell'applicazione di correnti di intensità e durata appositamente studiate per eccitare soltanto le fibre nervose della sensibilità tattile. Gli stimoli nervosi così prodotti risalgono attraverso i nervi sensoriali e arrivano al midollo spinale dove bloccano la trasmissione verso il cervello degli eventuali impulsi nocicettivi. Questo tipo di stimolazione è in grado di alleviare le

sensazioni dolorifiche sia nel caso di dolore cronico sia nel controllo del dolore acuto post-traumatico o postoperatorio, e può essere utilizzata come coadiuvante di altri trattamenti.

TERMOTERAPIA → Comporta l'applicazione di calore per finalità terapeutiche. Può essere termoterapia: esogena che si trasmette da un mezzo esterno al corpo oppure endogena: se il calore è prodotto dall'interno dell'organismo con l'uso di onde elettromagnetiche.

Con azione: analgesico-sedativa, decontratturante, stimolante per il metabolismo tissutale (risoluzioni di stati infiammatori e sub-infiammatori di tendini, legamenti e ossa),
vasomotoria (vasodilatazione)

CRIOTERAPIA → Particolare terapia che usa il ghiaccio, il trasferimento tra quest'ultimo e il corpo avviene per mezzo di un meccanismo di conduzione e porta a un abbassamento generale della temperatura corporea, l'applicazione di freddo allevia alcuni dolori neuropatici e riduce gli spasmi muscolari; può ridurre anche infiammazione e gonfiore subito dopo un trauma. Gli effetti sull'area trattata sono una vasocostrizione iniziale a cui fa' seguito una vasodilatazione riflessa. La vasocostrizione è determinata dalla stimolazione di fibre simpatiche adrenergiche, che scatenano il rilascio di «norepinefrina» a livello della muscolatura liscia dei vasi sanguinei, inducendo una vasocostrizione. La vasodilatazione che segue è dovuta a un meccanismo protettivo messo in atto dal corpo, al fine di evitare un eccessivo raffreddamento dell'organismo. Effetti principali: azione antiedemigena, innalzamento della soglia del dolore.

OZONOTERAPIA → Gli effetti terapeutici della ozonoterapia sono riconducibili alle sue proprietà biochimiche, dovute essenzialmente all'elevato potere ossidante. Ha attività antibatterica e antivirale, produce un'azione simile all'ipertermia e ha effetti sul sistema immunitario. Per questo l'ozonoterapia trova applicazione in svariate malattie, soprattutto in quelle in cui vi sia un'alterazione nel circolo arterioso e venoso, nelle infezioni e nelle patologie a base immunitaria e reumatica. Tra le condizioni dolorose nelle quali viene indicata ricordiamo: lombosciatalgie, periartriti, osteocondriti, ernie e protrusioni dei dischi intervertebrali, artrosi.

FISIOCHINESITERAPIA → Il termine fisiochinesiterapia è molto generico e racchiude diversi tipi di terapia fisica e manuale. Tra questi le tecniche di fisioterapia, che

utilizzano stimolazioni fisiche (quali per esempio ionoterapia, elettrostimolazione, terapia con ultrasuoni, laser terapia, infrarossi ecc.), e quelle di chinesioterapia, ovvero la terapia attraverso il movimento (che può essere passivo, attivo, assistito, e via dicendo). È chiaro quindi che anche gli effetti che si possono ottenere attraverso l'applicazione di queste tecniche sono innumerevoli e l'azione antalgica può essere mediata da meccanismi diversi. Le tecniche specifiche vengono scelte a seconda del caso, in base alle condizioni del paziente e alla patologia che induce dolore, ciascun metodo ha le sue indicazioni e controindicazioni specifiche. -

CHIROPRACTICA → La chiropratica si avvale di interventi manuali che agiscono soprattutto a livello vertebrale con lo scopo di risolvere dolori acuti e cronici di varia natura. Si fonda sull'ipotesi che la corretta funzionalità della colonna vertebrale sia essenziale per la salute e il benessere dell'intero organismo. E questo perché essendoci un legame molto stretto tra tale struttura e il sistema nervoso qualsiasi alterazione a carico della prima si ripercuote sul secondo, con irritazioni e compressioni nel midollo e nei nervi spinali che si manifestano con sintomi come cervicalgia, dorsalgia, lombalgia, cefalea, dolori agli arti e difetti di movimento.

7.2 Trattamento farmacologico del dolore

Il dolore viene trattato secondo delle linee guida stilate dall'organizzazione mondiale della sanità che suggeriscono una successione di trattamenti da utilizzare in modo sequenziale a seconda dell'entità iniziale.

I trattamenti vengono poi modulati a seconda della risposta che il singolo soggetto dà al trattamento effettuato.

Inizialmente vengono proposte delle terapie farmacologiche che prevedono principalmente l'uso sequenziale di:

-Farmaci antiinfiammatori

-Farmaci oppioidi

La via preferenziale di somministrazione è sempre quella meno invasiva, tipicamente la forma orale, successivamente in base alle necessità si può effettuare somministrazione per via enterale, ovvero tramite catetere venoso.

Per il trattamento farmacologico ci sono diverse tipologie di farmaci che possono essere utilizzate sia singolarmente o in combinazione a seconda delle esigenze del paziente:

-FARMACI ANTIFIAMMATORI NON STEROIDEI (FANS) → si tratta di medicinali con funzione antiinfiammatoria, analgesica e antipiretica, in grado di ridurre il dolore.

Ne sono esempi comuni ibuprofene, ketaprofene, nimesulide e aspirina.

I FANS si chiamano “analgesici periferici” e agiscono sulle molecole coinvolte nell’infiammazioni. Esistono due famiglie di FANS:

-Selettivi → riducono infiammazione e aggregazione piastrinica, ma al contempo aumentano il rischio di ulcere e di sanguinamenti gastrointestinali

-Non selettivi per COX-2 → danno meno effetti collaterali a carico dell’apparato gastrointestinale, ma possono aumentare il rischio di problematiche cardiovascolari

Li possiamo trovare in commercio in diverse forme:

- Per uso topico in: pomate, gel e creme
- In compresse e capsule da assumere per via orale
- In sistemi per assorbimento transdermico
- In supposte

Possono essere somministrati anche per via endovenosa o intramuscolo tramite iniezione. Si tratta di farmaci che combattono infiammazione e dolore, infatti vengono prescritti come antidolorifici generici, come antiinfiammatori, soprattutto per trattare le infiammazioni muscolo-scheletriche o articolari, vengono impiegati anche in post-chirurgia e come antipiretici per far scendere la temperatura in caso di febbre.

Comunemente vengono impiegati per trattamento di cefalee, le artiti ma anche raffreddore e influenza.

Gli antinfiammatori non steroidei agiscono sul metabolismo di due sostanze: acido arachidonico e acido eicosapentenoico, che servono per la formazione di molecole coinvolte nell’infiammazione. Gli effetti collaterali più comuni sono: rischio di ulcere e sanguinamenti gastrointestinali, infarto e malattie renali. Per questo motivo viene sempre consigliato di assumerli a stomaco pieno, proprio per ridurre quell’effetto lesivo sulla mucosa dell’apparato digerente. Per questo vengono spesso associati ai gastroprotettori come l’omeprazolo e il pantoprazolo.

Mentre gli inibitori Cox-2 non provocano ulcere ma possono comportare dolore addominale, nausea e cattiva digestione. L’utilizzo dei FANS va attentamente valutato insieme al proprio medico, soprattutto in particolari soggetti, come anziani, minori dei 16 anni, donne in gravidanza, persone con problemi di asma, ulcera o allergie ecc.. ed e

sempre comunque corretto leggere il foglio illustrativo se si soffre di altre patologie. E bene in qualsiasi caso in generale impiegare i FANS nel più basso dosaggio possibile e per breve tempo.

-PARACETEMOLO → Il paracetamolo è un farmaco dotato di spiccate proprietà analgesiche e antipiretiche, conosciute e utilizzate da oltre un secolo, con un profilo di efficacia e tollerabilità tale da farne una delle molecole più utilizzate al mondo tra quelle disponibili in tale categoria farmacologica. Ha un ottimo assorbimento per via orale e le numerose forme farmaceutiche in commercio (compressa tradizionale, masticabile, effervescente, bustina effervescente, gocce, sciroppo, supposte) offrono la possibilità di scegliere l'opzione più adeguata alla situazione e alle esigenze del paziente. Il paracetamolo è uno dei farmaci di prima scelta nella terapia del dolore, in particolare nel dolore cronico. Il paracetamolo è stato (ed è a tutt'oggi in alcuni testi e secondo alcuni farmacologi) incluso nella categoria dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), con i quali ha in comune l'effetto analgesico e antipiretico, mentre non ne possiede l'effetto antinfiammatorio. Il paracetamolo possiede diversi meccanismi d'azione. Come i FANS, inibisce la produzione di prostaglandine, ma senza interferire con quelle che hanno la funzione di protezione della mucosa gastrica. Un meccanismo che caratterizza l'azione analgesica esclusiva del paracetamolo è l'azione a livello del sistema dolorifico centrale, dove interferisce con varie vie, quali quelle degli oppioidi e della serotonina. Da un punto di vista farmacocinetico, il paracetamolo dopo somministrazione per via orale è rapidamente assorbito, raggiunge la concentrazione massima nel plasma dopo 30-60 minuti e ha un'emivita di 2 ore. Il dosaggio per via orale varia fra i 500 e i 1000 mg. Non è consigliabile superare la dose di 4 g/die per il rischio di tossicità epatica. La disponibilità di un profarmaco, il pro-paracetamolo, consente anche la somministrazione parenterale: sono disponibili per uso ospedaliero fiale da 1 g per infusione endovenosa lenta. Il paracetamolo è di solito ben tollerato e soltanto occasionalmente sono stati segnalati esantema cutaneo o altre reazioni allergiche. L'unica vera precauzione da adottare è legata alla sua potenziale tossicità epatica, pertanto nei soggetti con epatopatia il paracetamolo può indurre necrosi epatica dose-dipendente con nausea, vomito, dolore addominale e, dopo alcuni giorni, aumento delle transaminasi e della bilirubina. Dal punto di vista della strategia terapeutica, può essere assunto indipendentemente dai pasti, dal momento che non provoca irritazione

gastrica. Agisce entro 30 minuti circa e l'effetto permane per 4-6 ore. Le somministrazioni finalizzate al controllo preventivo del dolore cronico devono tenere conto di questi tempi di efficacia, quindi è consigliabile stabilire somministrazioni ogni 4-6 ore. Il paracetamolo può essere utilizzato singolarmente o in associazione.

-OPPIOIDI → Gli oppioidi sono analgesici ampiamente utilizzati nella terapia del dolore sia acuto che cronico. Il termine oppioide viene spesso utilizzato in modo improprio per indicare, in modo restrittivo, gli alcaloidi che possono essere ritrovati nell'oppio, una miscela di sostanze ricavate dal lattice de *Papaversomniferum*, nonché dai loro derivati semisintetici, il termine corretto per indicare tali sostanze è: oppiacei. La parola oppio deriva da "opos", termine greco che indica succo, essendo un farmaco derivato proprio dal succo del papavero da oppio. Il termine oppioide si applica a qualsiasi sostanza che produca effetti simili a quelli della morfina e che vengono bloccati da antagonisti specifici, l'antagonista di riferimento è il naloxone.

Sono tra i farmaci maggiormente utilizzati per la gestione del dolore intra-operatorio e postoperatorio e sono il cardine nella terapia del dolore oncologico.

Come per tutti gli analgesici, è molto importante stabilire la dose più efficace per ogni individuo: si comincia di solito con una dose bassa, per poi aumentare gradualmente fino a raggiungere il migliore controllo possibile.

In base alla loro potenza: li dividiamo in deboli che vengono utilizzati per il dolore moderato e forti indicati per il dolore severo. Dal punto di vista pratico, la principale differenza è che gli oppioidi deboli, al pari degli antiinfiammatori, hanno effetto tetto, raggiunto il quale si deve passare a farmaci più potenti. Al contrario gli oppioidi forti non esiste un dosaggio massimo: ciò significa che il dosaggio può essere aumentato finché il dolore non passa.

Oppioidi deboli sono:

Codeina → Largamente utilizzata nel dolore da cancro, possiede il 20% dell'azione analgesica della morfina, e priva di effetti euforizzanti e non causa dipendenza. La troviamo disponibile in commercio in vari prodotti di associazione con il paracetamolo, in forma di: compresse, compresse effervescenti e bustine di granulato effervescente.

Ha un'emivita di 2,5-3 ore assorbimento epatico ed escrezione renale.

Tramadolo → Unico oppioide presente in commercio in quasi tutte le forme possibili, infatti è possibile trovarlo gocce, compresse, anche ad azione prolungata, supposte e

fiale, anche in associazione con il paracetamolo. Sicuro ed efficace anche per lunghi periodi

Oppioidi forti sono:

Buprenorfina → disponibile in commercio sotto forma di compresse, fiale e cerotti transdermici, ma oggi in realtà, solo quest'ultima forma è utilizzata per la terapia del dolore. Ogni cerotto transdermico, una volta che è stato applicato, rilascia il farmaco in maniera continua fino a 72 ore, dopodiché deve essere sostituito

Fentanyl → Il fentanyl è un analgesico oppiaceo molto potente e a breve durata d'azione. È 100 volte più potente della morfina e con un'emivita di 20–30 minuti, si trova in commercio come cerotto transdermico o come prodotto ad assorbimento transmucosale. Come cerotto transdermico, è disponibile in cinque differenti dosaggi. Una volta applicato, ogni cerotto rilascia il farmaco continuamente fino a 72 ore, dopodiché deve essere sostituito. Come prodotto ad assorbimento transmucosale, specificamente studiato per il trattamento del dolore episodico intenso, è disponibile in sei differenti formulazioni in vari dosaggi: come un bastoncino che va inserito tra guancia e gengiva e ruotato lentamente per circa quindici minuti; come compressa effervescente che, posizionata tra l'ultimo molare superiore e la gengiva, a contatto con la saliva, si scioglie da sola; come compressa sublinguale; come cerotto adesivo sulla mucosa orale; come spray nasale in due diverse formulazioni. La caratteristica comune di questi prodotti è il rapido assorbimento (dovuto al fatto che la mucosa che riveste la bocca e il naso è molto vascolarizzata) e quindi la capacità di recare sollievo in pochissimi minuti, con una breve durata d'azione.

Metadone → è un oppioide di natura sintetica, oggi raramente utilizzato nella terapia del dolore perché la somministrazione è vincolata ad un rigoroso monitoraggio. È disponibile in sciroppo a diversa concentrazione (la più utilizzata è quella da 1 mg/ml). Solitamente s'inizia con una dose ogni 8 ore da incrementare secondo necessità. Una volta raggiunto l'effetto analgesico la dose giornaliera può anche essere suddivisa in due somministrazioni. Il metadone ha un effetto molto simile a quello della morfina.

Morfina solfato → è l'oppioide più utilizzato, soprattutto in ambito oncologico e nel trattamento del dolore post-operatorio. L'indicazione terapeutica principale è proprio l'analgesia, poiché risulta essere estremamente attiva contro il dolore acuto e cronico, eccetto quello di origine neuropatica. È efficace non solo nella rimozione del dolore, ma

anche nel rimuovere la componente emotiva del dolore ed è per questo motivo che è utilizzata anche come farmaco stupefacente. Un effetto frequente ed importante della morfina è l'euforia, intesa come marcato senso di euforia e benessere, derivante dalla rimozione della componente emotiva del dolore. L'euforia cambia a seconda dell'indicazione terapeutica e la via di somministrazione: la morfina somministrata per via endovenosa provoca un'improvvisa e duratura sensazione di benessere, mentre somministrata a pazienti con dolore intenso, provoca solamente un miglioramento del dolore e dell'umore. È disponibile in commercio sotto forma di compresse o capsule a rilascio prolungato, o di sciroppo, fialoidi orali o gocce a rilascio pronto. Le compresse, in quattro formulazioni di diverso dosaggio (10 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg), possono essere assunte due o, al massimo, tre volte al giorno. Le capsule contenenti microgranuli offrono al paziente con difficoltà di deglutizione o portatore di un SNG il vantaggio di poter aprire la capsula e assumere direttamente il granulato sciolto in un liquido o in un cibo cremoso (ad esempio yogurt). Lo sciroppo, i fialoidi orali e le gocce hanno il vantaggio di sviluppare la loro azione entro 30 minuti dalla somministrazione; trovano impiego nella titolazione della dose in pazienti che già assumono morfina a rilascio prolungato. È bene conservare con estrema cura i medicinali a base di morfina, in confezionamento integro e in un luogo chiuso, lontano dalla portata dei bambini.

Ossicodone → un oppioide con molti pregi, con potenza poco superiore a quella della morfina. È somministrabile per bocca a dosaggi variabili, da solo, in compresse a lento rilascio, o in combinazione con una dose fissa di paracetamolo. È presente sul mercato anche una formulazione contenente l'associazione ossicodone-naloxone, che, mantenendo inalterato l'effetto antidolorifico dell'ossicodone, grazie all'azione specifica del naloxone ha l'obiettivo di prevenire o comunque ridurre la stitichezza, che rappresenta il più fastidioso effetto collaterale degli oppioidi, riducendo la necessità di assumere lassativi.

Dromorfone → pur essendo uno degli oppioidi più utilizzati al mondo, 5-7 volte più potente della morfina, solo di recente è stato introdotto in commercio in Italia. È presente sul mercato in compresse a rilascio controllato, che vanno assunte ogni 24 ore.

Tampentadolo → farmaco di recente introduzione sul mercato, primo di una nuova classe di farmaci dotati di uno specifico meccanismo d'azione che ne amplifica l'effetto analgesico.

Gli effetti collaterali che più possiamo ritrovare nei farmaci oppioidi sono: sonnolenza, confusione mentale, stitichezza, nausea e vomito.

La sonnolenza e la confusione mentale possono manifestarsi nel 10-20% dei casi durante i primissimi giorni di terapia, ma di norma scompaiono entro 3-5 giorni. Se compaiono più tardi e persistono più a lungo, sono per lo più legati al sovradosaggio e possono essere risolti riducendo la dose, aumentando la frequenza di somministrazioni o cambiando il farmaco. La legislazione italiana limita la guida per chi assume oppioidi senza distinguere tra uso terapeutico o scopo illecito.

Nel 14% dei casi si possono mostrare stati allucinatori.

La stitichezza è l'effetto collaterale più frequente e fastidioso, aggravato da scarsa alimentazione e idratazione, come anche dall'immobilità. Se non trattata, può anche determinare l'oclusione intestinale. Per tale motivo, alla somministrazione di oppioidi si devono sempre associare misure per garantire il corretto funzionamento dell'intestino, come ad esempio l'assunzione quotidiana di un lassativo (macrogol) per tutta la durata del trattamento e una dieta ricca di alimenti ad alto contenuto di fibre (crusca, frutta, insalata condita con molto olio, cavoli, carote, ecc). Se dopo un paio di giorni di trattamento l'attività intestinale non è ancora ripresa, è opportuno incrementare l'assunzione di lassativi e l'effettuazione di clisteri.

Nausea e vomito sono frequenti e molto fastidiosi, ma sono, in genere, sintomi precoci, che tendono a scomparire dopo pochi giorni di trattamento. Si possono prevenire o curare efficacemente con la somministrazione di metoclopramide o di aloperidolo.

L'Italia risulta essere uno dei paesi più industrializzati dove la morfina è meno utilizzata, bisogna sfatare delle false credenze popolari:

-Non riduce la funzione respiratoria → Se la dose somministrata è quella necessaria e sufficiente per il controllo del dolore, avendo quest'ultimo un'azione stimolante sul respiro, non si verifica mai la depressione respiratoria, anche per trattamenti protratti nel tempo. -Non genera dipendenza psico-fisica → sostenere che la morfina è una droga e può rendere 'dipendenti' è falso! Un farmaco stupefacente diventa 'droga' quando è assunto in assenza di dolore fisico per motivi psicologici e senza controllo. In tutti i casi

in cui la morfina è utilizzata per controllare il dolore, anche per un lungo periodo, è possibile interromperne gradualmente l'assunzione, se non è più necessaria. Qualunque farmaco (lassativi, ansiolitici, ecc.) può generare una dipendenza psicologica, ma solo nelle persone che lo usano senza una reale necessità. -Non abbrevia la vita del paziente→ I pazienti senza dolore hanno una migliore qualità della vita e il loro organismo reagisce meglio alle terapie, recuperando energia vitale. La morfina, quindi, non solo non abbrevia la vita dei pazienti, ma, contribuendo a migliorarne la qualità, potrebbe, addirittura, allungarla!

La tolleranza, ossia la necessità di aumentare la dose del farmaco per raggiungere effetto desiderato, è un aspetto normale e prevedibile degli oppioidi, non deve essere confusa però con la necessità di aumentare le dosi per controllare un dolore che cresce in conseguenza della progressione della malattia. Talvolta per ovviare alla tolleranza, si può passare ad un oppioide diverso.

Mentre per quanto riguarda la dipendenza fisica, consiste nella comparsa di sindrome da astinenza in caso di sospensione brusca del farmaco, si tratta di un effetto facilmente prevedibile che può essere evitato facendo una sospensione graduale del farmaco.

Per quanto riguarda invece la dipendenza psicologica (tossicodipendenza), intesa come la necessità compulsiva e ossessiva della ricerca del farmaco con ogni mezzo, tristemente nota in coloro che assumono oppioidi per scopi non sanitari, risulta essere evenienza eccezionale tra chi assume codesti farmaci per il trattamento del dolore.

CANNABINOIDI→Si parla in particolare della “Cannabis FM-2” (contenente THC 5-8% e CBD 7,5-12%), prodotta in Italia in conformità alle direttive europee in materia di medicinali sulla base di un processo produttivo controllato ed eseguito in una officina farmaceutica autorizzata (l'Istituto militare di Firenze) dall'AIFA- Agenzia Italiana del Farmaco. La distribuzione è autorizzata dall'Organismo statale per la cannabis, attivo presso il Ministero della Salute. Inoltre, da diversi anni alcune farmacie in Italia come prodotto galenico producono già altre formulazioni con concentrazioni di THC fino a 19%. Il trattamento può avvenire per via orale, come decotto o assunzione di olio oppure per via inalatoria mediante dei vaporizzatori specifici. Pur essendo il dosaggio a discrezione del medico, si consiglia di cominciare sempre da dosi minime, per poi regularsi in base alle reazioni del singolo individuo. Nel caso si scelga la somministrazione orale di questi farmaci cannabinoidi, il medico dovrà avere cura di

indicare anche la quantità di acqua da utilizzare, i tempi e le modalità di preparazione del decotto. Si può ricorrere a questa possibilità quando si debbano alleviare dolore (oncologico e non) e disturbi cronici associati a sclerosi multipla o a lesioni del midollo spinale. Può essere indicata per far fronte ad alcuni effetti avversi della chemioterapia, della radioterapia o di alcune terapie per l'HIV. Può essere prescritta anche per malattie reumatiche (artriti, osteoartrosi, fibromialgia) o neuropatie. Inoltre, la cannabis è efficace come stimolante dell'appetito nella cachessia, anoressia o in pazienti oncologici. Allo stesso scopo può essere prescritta a pazienti affetti da AIDS. La cannabis a uso medicinale può essere impiegata anche per abbassare la pressione arteriosa in caso di glaucoma che resiste alle terapie convenzionali. Ancora: può ridurre i movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette.

La cannabis terapeutica non è scevra da inefficacia e da effetti collaterali a livello sistemico come tutte le altre molecole. Inoltre, i soggetti con profilo psicologico fragile con storie ed atteggiamenti compulsivi costituiscono un alert nella prescrizione. Per questo è necessaria cautela e uno scrupoloso monitoraggio relativo all'aderenza terapeutica. È bene, inoltre, informare in modo dettagliato il paziente su tutti gli aspetti connessi ai cannabinoidi per uso terapeutico. Abbiamo poi un'altra categoria di farmaci definiti: "adiuvanti" e sono quei farmaci che non sono specificamente analgesici, ma che possono contribuire all'ottenimento di una riduzione del dolore, potenziando l'effetto degli analgesici. Tra essi ritroviamo tra i più utilizzati: -CORTISONICI → ormone che appartiene alla classe degli steroidi, non altera il meccanismo che ha provocato la patologia ma attenua il dolore causato dall'infiammazione. Per questo motivo, una volta sospesa la terapia, i sintomi si possono ripresentare. Il cortisone non fa altro che riprodurre gli effetti provocati dagli ormoni prodotti normalmente dalle ghiandole surrenali del corpo umano. Quando a questi ormoni che il nostro corpo genera si aggiungono degli altri assunti attraverso i farmaci con cortisone, si riducono i segni e i sintomi degli stati infiammatori. Questo ormone è in grado di deprimere il sistema immunitario, il che aiuta a controllare quelle situazioni in cui le nostre difese attaccano per errore i tessuti dell'organismo. Le terapie base di cortisone possono essere di diverso tipo in base alla patologia da trattare. Normalmente sono: -per via orale quando abbiamo stati infiammatori in patologie croniche di tipo reumatologico o di tipo dermatologico, come nel caso della

psoriasi.-per via inalatoria per patologie respiratorie come asma o poliposi, in questo caso il cortisone agisce a livello locale, cioè nella zona in cui viene spruzzato o inalato, senza andare in giro per il corpo così si riducono gli effetti collaterali.-per via endovenosa in una situazione di emergenza come shock anafilattico-in gocce per problemi ad occhi, orecchie e nasoL'utilizzo prolungato del cortisone può comportare: iperglicemia, demineralizzazione delle ossa, alterazione della distribuzione di tessuto adiposo, perdita di massa muscolare, aumento della fame, ritenzione idrica, aumento della suscettibilità alle infezioni. Molti di questi effetti però risultano essere meno frequenti per terapie di breve durata oppure quando il cortisone viene somministrato a basso dosaggio. Per interruzione della cura bisogna ricordare, come detto in precedenza, che il cortisone inibisce la produzione dello stesso ormone da parte del nostro organismo, quindi l'interruzione repentina della terapia può compromettere il funzionamento delle ghiandole surrenali. Occorre, pertanto, diminuire gradualmente il dosaggio per «far capire» alle nostre ghiandole che devono ripristinare la loro funzione.

-ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI→Il loro effetto analgesico fu notato subito dopo la loro introduzione in pazienti affetti da neuropatia diabetica dolorosa. Il beneficio di queste molecole nel dolore neuropatico è stato dimostrato in numerosi trial clinici controllati. Hanno un effetto analgesico intrinseco, determinato dall'interferenza con l'azione di serotonina e noradrenalina, implicati nelle vie discendenti inibitorie che modulano a livello spinale la trasmissione del dolore. A differenza dell'effetto antidepressivo, l'effetto analgesico è osservabile in tempi molto brevi (poche ore) e a dosaggi più bassi. Nel trattamento del dolore sono più efficaci i farmaci che inibiscono il reuptake di entrambi i neurotrasmettitori (amitriptilina, clomipramina) rispetto a quelli selettivi solo verso la serotonina. Le amine secondarie (desipramina, nortriptilina) sono da preferire all'amitriptilina per i minori effetti indesiderati. Gli effetti collaterali dei TCA comprendono sedazione, debolezza (da blocco istaminergico) e ipotensione ortostatica (da blocco α -adrenergico). Possono verificarsi inoltre secchezza delle fauci, ritenzione urinaria, tachicardia, costipazione, visione offuscata (da blocco colinergico).

I TCA presentano cardiotossicità diretta da blocco dei canali del sodio e del calcio con possibile insorgenza di disturbi della conduzione cardiaca. Gli Inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (SNRI) sono una classe di farmaci antidepressivi che si sono dimostrati utili nel trattamento del dolore cronico. Le

molecole più utilizzate sono venlafaxina, e duloxetina. I dati relativi agli SSRI sembrano indicare una efficacia favorevole, rappresentando un'alternativa, spesso meglio tollerata dal paziente, ai TCA. La venlafaxina e la duloxetina inibiscono il reuptake di noradrenalina (soprattutto) e serotonina. Per quest'ultima, il fenomeno è dose-dipendente, poiché a basso dosaggio il farmaco mostra una maggior selettività verso il sistema serotonergico rispetto ai dosaggi più elevati. In maniera minore, il farmaco agisce anche sul reuptake della dopamina. Per quanto riguarda gli effetti indesiderati oltre alla secchezza delle fauci, la venlafaxina può indurre nausea, vertigini e anomalie della conduzione cardiaca. A livello del sistema cardiovascolare causa lieve incremento della pressione e della frequenza cardiaca. Può indurre aumento del rischio di sanguinamento per inibizione della captazione di serotonina a livello piastrinico.

L'eventuale sospensione del farmaco deve essere graduale.

-ANTICONVULSIVANTI→ Gli anticonvulsivanti o antiepilettici sono utilizzati come gli antidepressivi per il trattamento del dolore neuropatico. Tra i più utilizzati vi sono il gabapentin e il pregabalin.

7.3 Trattamento invasivo

In caso di dolore moderato-inteso, che non risponde all'uso dei soli farmaci, si rende necessario il passaggio ad uno step di trattamento più elevato, con trattamenti definiti invasivi. Questi possono essere suddivisi in interventi a bassa invasività come le infiltrazioni articolari (ginocchio, spalla, anca, sacroiliaca, ...), le infiltrazioni perineurali (gomito, trigemino, ...) o intramuscolari (sindrome del pririforme, ...).

Poi ci sono interventi a media invasività come i blocchi antalgici peridurali, le infiltrazioni delle faccette articolari vertebrali, le radiofrequenze perineurali (blocco della branca mediale, del nervo safeno, del nervo tibiale, ...), le elettroestimolazioni percutanee (PENS) del nervo grande occipitale, del nervo tibiale posteriore, delle branche de trigemino, ...

Tra queste la Peridurale Antalgica consiste nel somministrare anestetico locale e cortisonici all'interno dello spazio peridurale, ovvero in uno stretto spazio che si trova collocato tra il midollo e il canale osseo della colonna vertebrale. Tale procedura viene effettuata a livello cervicale, toracico o lombare, ove la radice nervosa che si ritiene infiammata fuoriesce dalla colonna vertebrale andando a innervare la parte del corpo in

cui il paziente avverte dolore. È una procedura percutanea eseguita previa anestesia locale, con rischi relativamente bassi. L'indicazione principale è la radicolopatia (dolore causato da una infiammazione di una radice nervosa del midollo spinale, l'esempio classico è la sciatalgia).

Infine, ci sono gli interventi ad alta invasività come gli impianti di elettroestimolatori midollari o gangliari, gli impianti di pompe intratecali, gli impianti di elettroestimolatori perineurali.

Le indicazioni per gli impianti di elettrostimolazione spinale SCS (spinal cord stimulation) sono secondo le Linee Guida INS del 2015 le FBSS (sindromi da fallimento neurochirurgico), le CPRS (sindromi dolorose regionali complesse), le neuropatie post-herpetiche, le avulsioni del plesso brachiale, il dolore da arto fantasma, le vasculopatie periferiche, l'angina pectoris refrattaria.

In caso di dolore cronico intenso, oncologico e non oncologico, refrattario a terapia farmacologica, infiltrativa e chirurgica è indicato l'impianto di una pompa intratecale, ossia impianto di un sistema con infusione continua di oppiacei e/o anestetici o altri farmaci direttamente nel canale cefalo-rachidiano. Tecnica invasiva che permette di limitare gli effetti collaterali dei farmaci ottimizzandone l'effetto analgesico.

8. ITER LEGISLATIVO DEL DOLORE NELLE MARCHE

L'iter legislativo nella Regione Marche inizia nel 2011 con il DGRM 892 sul "Progetto sperimentale Ospedale-Territorio senza dolore" promosso dall'Accordo Stato-Regione del 2010. Nel corso degli anni si sono susseguite varie delibere fino alle Linee di indirizzo per le Reti Cliniche del 2014-2015.

Concludiamo questo breve sunto legislativo accennando all'accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020, in quanto questo atto è il prologo di nuovi atti regionali.

27/07/20. Conf. Stato-Regioni Atti 119 *"Proposta di accreditamento delle reti di terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 5, comma 3 della legge 15 marzo 2020, n. 38"*

20/04/15 Regione Marche DGRM 325 *"Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale della terapia del dolore"*

17/11/14 Regione Marche DGRM 1285 *"Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatriche"*

04/06/14 Regione Marche. DGRM 676 *"Recepimento Intesa del 25 luglio 2012, ai sensi dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore - Indicazioni operative"*

20/03/14 Italia DL 36 *"Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonche' di impiego di medicinali"*

06/05/12 Regione Marche DGRM 645 *"Richiesta di parere alla competente commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente: "Recepimento Intesa del 25 luglio 2012, ai sensi dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore - Indicazioni operative"*

20/06/11 Regione Marche DGRM 892 *“Progetto sperimentale Ospedale - Territorio senza dolore - Accordo del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato "Ospedale-territorio senza dolore" di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 15 marzo 2010, n. 38.”*

15/03/10 Italia Legge 38 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolo

9.AMBULATORIO TERAPIA DEL DOLORE IN AREA VASTA 3

9.1 Dove si trovano

Gli ambulatori di Terapia del dolore nell'Area Vasta 3 si trovano presso i presidi ospedalieri di Macerata, Civitanova Marche, Recanati e San Severino.

Nello specifico

- a Macerata il lunedì, mercoledì e venerdì dalle 8:00 alle 14:00
- a Civitanova Marche il mercoledì pomeriggio dalle 14:00 alle 19:00
- a Recanati il giovedì dalle 8:00 alle 14:00
- a San Severino il martedì e il sabato dalle 8:00 alle 14:00 e il giovedì dalle 14:00 alle 20:00

In questo modo si riesce a coprire tutto il territorio della provincia di Macerata, dal mare con gli ambulatori di Civitanova Marche e Recanati, fino alla regione pedemontane con gli ambulatori di San Severino, restando Macerata l'ambulatorio principale dell'UOC.

Oltre agli ambulatori l'attività si articola anche con gli interventi in sala operatoria presso il presidio di Macerata il martedì e il giovedì e di Recanati il venerdì.

Lo schema generale dell'attività dell'UOC è il seguente

	<u>Mattina</u>		<u>Pomeriggio</u>
<u>Lunedì</u>	Macerata		Macerata
<u>Martedì</u>	San Severino	<i>Sala operatoria Macerata</i>	
<u>Mercoledì</u>	Macerata		Civitanova Marche
<u>Giovedì</u>	Recanati	<i>Sala operatoria Macerata</i>	San Severino
<u>Venerdì</u>	Macerata	<i>Sala operatoria Recanati</i>	
<u>Sabato</u>	San Severino		

9.2 Come vi si accede e chi vi accede

Possono accedere all'ambulatorio di Terapia del dolore tutti i pazienti con dolore acuto e cronico. Vi si accede con la prenotazione al CUP (centro unico di prenotazione) Regionale con l'impegnativa per visita di Terapia del dolore o di Visita antalgica.

Ogni settimana sono disponibili 30 posti per prime visite, con una predilezione alle visite con priorità breve, ossia da espletare entro 10 giorni.

9.3 Chi vi lavora all'interno

All'interno dell'UOC di Terapia del dolore Cure Palliative AV3 vi lavorano 3 medici, un coordinatore infermieristico e 2 infermieri specializzati in terapia del dolore, 7 infermieri, 6 OSS specializzati in cure palliative. Inoltre, contribuiscono all'attività dell'ambulatorio di Recanati altri infermieri solitamente impegnati nella sala operatoria dello stesso presidio ospedaliero

9.4 Come funziona la terapia del dolore

Il paziente con dolore si rivolge al Medico di Medicina Generale che dopo visita algologica imposta un piano terapeutico farmacologico e non farmacologico.

Generalmente il dolore recede in una o due settimane.

In caso di dolore moderato-intenso non responsivo a terapia farmacologica o nei casi in cui identifica la necessità di una terapia infiltrativa, il medico di medicina generale invia il paziente all'ambulatorio di terapia del dolore.

Qui il terapeuta del dolore visita nuovamente il paziente e può impostare un piano terapeutico farmacologico o infiltrativo. L'ambulatorio di terapia del dolore si fa carico del paziente durante tutto il ciclo di trattamento chiudendo lo stesso con una breve relazione finale.

Nei casi più complessi di dolore cronico si effettua una riunione collegiale e si pianificano gli interventi di secondo livello generalmente in regime di Day Surgery o di Ricovero Ordinario.

L'UOC di Terapia del dolore Cure palliative dell'Area Vasta 3 essendo HUB regionale di Terapia del dolore effettua tutte le procedure inerenti alla terapia del dolore: dalla visita antalgica, alle infiltrazioni, alle tecniche a media invasività fino all'impianto di elettroestimolatori midollari e di pompe intratecali

CONCLUSIONI

Possiamo tristemente affermare che è oramai credenza diffusa sentir dire: "Al dolore bisogna abituarsi, sopportarlo vuol dire essere forti" o "il dolore è parte ineludibile della malattia, da accettare e sopportare".

Al contrario, in ognuno di noi deve crescere la consapevolezza che il dolore si può e si deve combattere in ogni forma. Basti pensare che in talune persone, esso diventa estremamente invalidante cronicizzando nel tempo, tanto da divenire una vera e propria malattia, che accompagna tutta l'esistenza della persona.

A dieci anni dalla promulgazione della legge molti passi avanti sono stati fatti e molti devono ancora essere fatti per la piena attuazione. Secondo un recente rapporto (25 Maggio 2020) di Coordinamento nazionale delle Associazioni dei malati cronici-cittadinanza attiva i pazienti denunciano: una sottovalutazione del dolore nel 63,6% dei casi. Così come la difficoltà di accesso alla cannabis terapeutica nel 40,9%.

Altri dati che ci lasciano riflettere sono quelli che nonostante sia passata una decade dall'emanazione della legge, manca ancora:

- l'informazione al diritto a non soffrire inutilmente (40,9%)
- accedere alle terapie risulta piuttosto complicato per il costo dei farmaci (40,9%)
- scarso senso di comunicazione tra medico curante e lo specialista di cure palliative (40,9%)
- non tempestività di trattamento all'insorgenza del dolore (27,2%).
- non gestione durante il ricovero ospedaliero nel 18,1% dei casi.

Dopo 10 anni dall'emanazione della legge è importante che non si abbassi la guardia, tutti devono avere il diritto al trattamento del dolore, alla conoscenza dei diritti spettati e a chi rivolgersi in caso di dolore, soprattutto per chi già combatte ogni giorno con una patologia è importante evitare il dolore e sofferenze inutili.

Il dolore rimane una battaglia ancora da vincere, nessuno è nato per soffrire.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

- Ambulatoriodolore.it.
- Bertram G. Katzung, Farmacologia generale e clinica; Piccin.
- Bieri D, Reeve RA, Champion DG, Addicoat L, Ziegler JB. The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties: Pain. 1990;41(2):139-150.
- Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, et al. Assessment of pain. British Journal of Anaesthesia. 2008;101(1):17-24.
- Brevik 2013.
- Caraceni A, Mendoza TR, Mencaglia E, et al. A validation study of an Italian version of the brief pain inventory (Breve questionario per la valutazione del dolore): Pain. 1996;65(1):87-92.
- Costardi D, Rozzini L, Costanzi C, et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (Painad) scale. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2007;44(2):175-180.
- Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases: Pain. 1983;17(2):197-210.
- De Tovar C, von Baeyer CL, Wood C, Alibeu J-P, Houfani M, Arvieux C. Postoperative self-report of pain in children: interscale agreement, response to analgesic, and preference for a faces scale and a visual analogue scale. Pain Research and Management. 2010;15(3):163-168.
- Documento di indirizzo SIMG sull'assistenza al paziente con dolore cronico non oncologico in Medicina Generale Pierangelo Lora Aprile Maurizio Cancian Giovanni Apolone Cesare Bonezzi.
- Eccleston et al., 2009; Turk et al., 2008; Turner, Chapman, 1982; Vlaeyen, Morley, 2005.
- Farmaci oppioidi, AIMAC <https://www.aimac.it/libretti-tumore/terapia-dolore/farmaci-oppioidi-cancro><https://www.nurse24.it/infermiere/farmaci/oppioidi-indicazioni-effetti-collaterali.html>.
- Fauci et al. (2009) Harrison- principi di medicina interna 17 ed. Milano: McGraw Hill.

- Fondazione ISAL ricerca sul dolore.
- G.BELLUCCI-M.TIENGO, la Storia del dolore MINUZZO Stefania, Nursing del Dolore, Carrocci editore 2004 SALVADORI Roberto, Il dolore e la sua storia, 2005.
- G.P. Novelli, R. Casali, R.D. Mediatì; Terapia del dolore; See Editrice.
- Garra G, Singer AJ, Domingo A, Thode HC. The wong-baker pain faces scale measures pain, not fear: Pediatric Emergency Care. 2013;29(1):17-20.
- Garra G, Singer AJ, Taira BR, et al. Validation of the wong-baker faces pain rating scale in pediatric emergency department patients. Academic Emergency Medicine. 2010;17(1):50-54.
- Gatchel et al., 2007.
- Gestione del dolore acuto e cronico, Daniela Berardinelli.
- Gestione infermieristica del dolore e bisogni di assistenza del paziente in Analgesia, AssoCareNews.it 25 dicembre 2020.
- Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: visual analog scale for pain (Vas pain), numeric rating scale for pain (Nrs pain), mcgill pain questionnaire (Mpq), short-form mcgill pain questionnaire (Sf-mpq), chronic pain grade scale (Cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf. Arthritis Care Res. 2011;63(S11):S240-S252.
- Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale – Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement: Pain. 2001;93(2):173-183.
- Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, et al. Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. Journal of Pain and Symptom Management. 2011;41(6):1073-1093.
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3769&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=terapia#:~:text=La%20IASP%20%28International%20Association%20for%20the%20Study%20of,%20potenziale%2C%20o%20descritta%20in%20termini%20di%20danno.
- <https://blog.pharmap.it/cosa-sono-i-farmaci-fans.>
- https://it.wikipedia.org/wiki/Comitato_ospedale_senza_dolore.
- https://www.asp.rg.it/images/PDF/rischio_clinico/Procedure_Aziendali_per_la_Sicurezza_dei_Pazienti/Procedura_Valutazione_del_Dolore.pdf#:~:text=La%20valutazione%20del%20dolore%20deve%20essere%20effettuata%20entro,modal

it%C3%A0%20di%20risposta%20ad%20eventuali%20precedenti%20terapie%20antalgiche.

- https://www.laleggepertutti.it/249297_cortisone-a-cosa-serve-e-quali-effetti-collaterali.
- <https://www.nientemale.it/enciclopedia/rimedi-e-trattamenti-non-farmacologici-del-dolore>.
- <https://www.nientemale.it/enciclopedia/rimedi-e-trattamenti-non-farmacologici-del-dolore>.
- <https://www.ospedaleniguarda.it/news/leggi/cannabis-terapeutica-per-il-dolore-cronico>.
- I farmaci adiuvanti nella terapia del dolore di Antonino Annetta farmacista specialista in farmacologia .
- Il dolore cronico in medicina generale. Ministero della Salute, 2010.
- Il trattamento non farmacologico del dolore. M. Rossella Ferroni.
- International Council of Nurses, 2012.
- Ipasvi FNC, Codice deontologico dell’Infermiere, 2009.
- Maiani G, Sanavio E. Semantics of pain in italy: the italian version of the mcgill pain questionnaire: Pain. 1985;22(4):399-405.
- McCaffery M, Ferrell BR. Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made? J PainSymptomManage 1997 Sep;14(3):175-188.
- Medicina 360 dolore cronico: cause, sintomi e terapia dottoressa Margherita Mazzola.
- Melzack et al., 1982.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Classification of Chronic Pain, 2nd ed. International Association for the Study of Pain (IASP) Task Force on Taxonomy. Seattle, WA: IASP Press . Ministero della salute “definire e valutare il dolore”.
- Ministero della salute.
- Pisamedica.it.
- PubMed: Pain: an overview J D Loeser , R Melzack.
- Raffaelli, Montalti, Nicoló E, (2009) L’infermieristica del dolore. Padova: Piccin.
- Rimedi e trattamenti non farmacologici del dolore.

- State of Mind- il giornale delle scienze psicologiche.
- Trattato di cure infermieristiche, Luisa Saiani, Anna Brugnolli.
- Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (Painad) scale. Journal of the American Medical Directors Association. 2003;4(1):9-15.
- Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales: Pain rating scales. Journal of Clinical Nursing. 2005;14(7):798-804.

RINGRAZIAMENTI

Giunta alla conclusione di questo percorso, è doveroso porre i miei ringraziamenti alle persone che ho avuto modo di conoscere in questo importante periodo della mia vita e che mi hanno aiutato a crescere sia a livello professionale che umano.

Un sincero ringraziamento, al mio relatore di tesi dott. Sandro di Tuccio per i suoi insegnamenti che sono stati e saranno sempre di ispirazione per il mio lavoro, grazie per avermi dimostrato che è sempre possibile migliorare.

Ringrazio tutto per il personale sanitario dell'ospedale di Macerata in cui ho svolto il mio tirocinio formativo, tutti mi hanno permesso di crescere e arricchire il mio bagaglio di conoscenze, facendomi amare sempre di più la mia futura professione.

Un ringraziamento sentito lo dedico all'unità di terapia del dolore dell'ospedale di Macerata, in particolare un grazie alla disponibilità e professionalità del Dottor. Giampiero di Serafino che mi ha supportato in ogni mia perplessità e domanda, trasmettendomi la curiosità e la voglia di conoscenza nella tematica del lavoro di tesi.

Ringrazio gli amici di sempre e miei compagni di università e tutte quelle persone che hanno incrociato la loro vita con la mia in questo percorso lasciandomi qualcosa di buono. Grazie per essere stati miei complici, ognuno a modo suo, in questo percorso intenso ed entusiasmante, nel bene e nel male. Sono così tanti i ricordi che mi passano per la testa che non trovo le parole giuste per onorarli.

Ai miei genitori che sono il mio punto di riferimento e forza da sempre, che mi hanno sostenuta sia economicamente che emotivamente e mi hanno permesso di percorrere e concludere questo cammino. Grazie a mio padre che prima di ogni esame mi diceva sempre "In bocca a lupo e, mi raccomando stai tranquilla" e a sentire quelle parole io rispondevo "viva il lupo, ma tranquilla proprio no!". Che mi irritava quel suo incoraggiamento, ma che l'ho sempre aspettato prima di ogni esame, perché anche se non l'ho mai ammesso mi tranquillizzava sentirglielo dire. Grazie alla mia "migliore amica" mia madre, la più fidata consigliera e punto di riferimento. Mi ha sempre sostenuta ad affrontare tutte le difficoltà, mi ha consigliato nelle scelte più difficili, mi ha asciugato le lacrime davanti alle sconfitte, mi ha sgridata per spronarmi a dare il massimo sempre! A mia sorella Francesca con la quale non facciamo altro che battibeccare, ma in fondo è il nostro modo per dirci che ci vogliamo bene; che è stata sempre al mio fianco e mi ha supportata e soprattutto sopportata in tutti gli esami, ed in tutte quelle volte che giravo per casa ripassando.

Grazie perché senza di voi non sarei mai arrivata fino in fondo a questo difficile, lungo e meraviglioso cammino.