

COS'E' IL DOLORE

In termini fisiopatologici moderni il dolore corrisponde ad una "sensazione spiacevole e ad una esperienza emozionale ed affettiva associata a danno dei tessuti o descritto nei termini di tale danno" . Non si tratta quindi solo della semplice attivazione di un sistema nervoso complesso, ma corrisponde sempre ad uno stato psicologico sul quale giocano le loro influenze lo stato emozionale e precedenti esperienze spiacevoli. Più precisamente, dal concetto di dolore (o meglio di nocicezione) andrebbe distinto quello di sofferenza che comprende soprattutto la risposta emotiva ed affettiva ad una stimolazione dolorosa o anche ad altri eventi quali paura, minaccia e presentimenti.

Il dolore è quindi, un'esperienza soggettiva, influenzata da fattori culturali, dal significato della situazione specifica e da altre variabili psicologiche.

I processi del dolore non cominciano con la semplice stimolazione dei recettori. Infatti ferite o malattie producono segnali neuronali che entrano in relazione con il sistema nervoso il quale comprende un substrato di passate esperienze, cultura, ansia e depressione. Questi processi mentali partecipano attivamente nella selezione, astrazione e sintesi delle informazioni che provengono dagli input sensoriali.

Il dolore, quindi, non è semplicemente il prodotto finale di un sistema di trasmissioni sensoriali lineare, ma è un processo dinamico che produce continue interazioni con il sistema nervoso.

Quindi, considerare solamente la caratteristica sensoriale del dolore e ignorare le sue proprietà motivazionali-affettive, porta ad avere una visione del problema limitata ad una sola parte.

Alcuni autori hanno identificato tre componenti psicologiche principali del dolore:

- 1) discriminativa-sensoriale
- 2) motivazionale-affettiva
- 3) cognitiva-valutativa

In base a questi dati possiamo dire che il dolore è **MULTIDIMENSIONALE**, cioè è formato da numerosi componenti che includono: i suoi comportamenti (le smorfie, l'atto di zoppicare ecc.), l'intensità, la componente affettiva, le credenze (senso di controllo, credenze sul significato), la qualità della vita.

Le diverse dimensioni vengono espresse in modo differente nel dolore acuto o in quello cronico.

Infatti, nel **dolore acuto** la dimensione sensoriale è la più importante, nel **dolore cronico** i fattori affettivi e valutativi assumono una rilevanza maggiore.

ANATOMIA E FISIOLOGIA DEL DOLORE

Da un punto di vista anatomo-fisiologico il sistema algico può essere definito come un sistema neuro-ormonale complesso, a proiezione diffusa, in cui si possono riconoscere tre sottosistemi

1. un **sistema afferenziale** che conduce gli impulsi nocicettivi dalla periferia ai centri superiori;

2. un **sistema di riconoscimento** che "decodifica" e interpreta l'informazione valutandone la pericolosità e predisponendo la strategia della risposta motoria, neurovegetativa, endocrina e psicoemotiva;

3. un **sistema di "modulazione"** e controllo che provvede ad inviare impulsi inibitori al midollo spinale allo scopo di ridurre la potenza degli impulsi nocicettivi afferenti.

I sottosistemi 1 e 2 costituiscono il sistema "**nocicettivo**", il 3 il sistema **antinocicettivo**. Questa suddivisione funzionale trova una diretta corrispondenza nella terapia antalgica che può appunto realizzarsi in due modi fondamentali: interrompendo le vie del sistema nocicettivo ovvero rinforzando il sistema antinocicettivo

Le strutture nervose che costituiscono il **sistema nocicettivo "afferente"** comprendono:

◆ I **recettori**: terminazioni nervose libere in grado di rispondere a vari tipi di stimolazione: termica, pressoria, variazione di pH, riduzione della tensione di O₂, contatto con sostanze algogene liberate da tessuti lesi (potassio, istamina, serotonina, prostaglandine), provenienti dal circolo sanguigno, (bradichinine) o dalle stesse terminazioni nervose, come la sostanza P che, possedendo varie attività biologiche (vasodilatazione, chemiotassi per i leucociti, degranolazione dei mastociti), trasforma i recettori in veri e propri "neuroeffettori".

◆ Il **neurone primario afferente sensoriale**: ha la cellula di origine posta nel ganglio spinale e due assoni di cui uno si dirige in senso centrifugo terminando con un recettore nelle strutture

tessutali periferiche (cute, strutture somatiche e viscerali) e uno si dirige in senso centripeto raggiungendo il corno posteriore del midollo spinale. Le fibre afferenti primarie in grado di condurre lo stimolo dolorifico sono di due tipi: fibre mieliniche di piccolo diametro (A-d) che conducono ad una velocità di 10-30 m/sec. sensazioni dolorose di tipo puntorio, ben localizzate e con la stessa durata dello stimolo applicato (dolore "epicritico"), e fibre amieliniche di piccolo diametro (C), con velocità di conduzione di 1-10 m/sec. responsabili della trasmissione di dolore poco localizzato, di tipo "urente", e che ha una durata maggiore dell'applicazione dello stimolo stesso (dolore "protopatico"). Il dolore viscerale profondo e riferito ha caratteristiche simili a quelle del dolore "protopatico" piuttosto che di quello "epicritico".

◆ Le **corni dorsali**: i neuroni delle corna posteriori che contraggono sinapsi con gli assoni provenienti dai neuroni dei gangli spinali, si organizzano in una serie di "lamine" sulla base della morfologia e della disposizione delle cellule stesse: in tal modo l'informazione nocicettiva viene sottoposta ad una prima elaborazione grazie alla modulazione (equilibrio fra azione eccitatoria ed inibitoria) fornita dai vari neurotrasmettitori (sostanza P, colecistochinina, somatostatina). E' importante ricordare che sui neuroni spinali convergono input provenienti sia dalla cute che dai visceri profondi, per cui, grazie tale convergenza, si realizza il cosiddetto "dolore riferito": in tal modo l'attività indotta nei neuroni spinali da stimoli provenienti da strutture profonde viene erroneamente riferita in un'area che è

grossomodo sovrapponibile alla regione cutanea innervata dal medesimo segmento spinale.

◆ Il **sistema spino-talamico** e **talamo-corticale**: il sistema spino-talamico può essere concettualmente diviso in una parte diretta, che trasmette l'informazione sensitiva discriminativa del dolore a livelli talamici, e una parte spino-reticolo-talamica, filogeneticamente più antica, che termina più diffusamente nei nuclei reticolari del tronco encefalico. Il sistema spino-talamico diretto è importante per la percezione cosciente delle sensazioni nocicettive e termina ordinatamente entro il nucleo ventro-postero-laterale del talamo (VPL) ove afferiscono anche le vie nervose provenienti dalle colonne dorsali che trasmettono la sensibilità tattile superficiale e la sensazione articolare: ciò consente di discriminare aspetti sensitivi del dolore in merito alla sua localizzazione, natura ed intensità. A loro volta le cellule del VPL proiettano alla corteccia somato-sensoriale primaria (1[^] e 2[^] area somato-sensitiva della corteccia parietale). Il sistema spino-reticolo-talamico lungo il suo decorso ascendente invia collaterali ai nuclei della sostanza reticolare bulbo-mesencefalica formando parte di un sistema polisinaptico che termina nei nuclei talamici mediali: questo sistema polisinaptico può mediare alcuni aspetti delle reazioni autonome e affettive del dolore (p. es. reazione di allerta e di orientamento agli stimoli dolorosi), mentre non sembra importante per la discriminazione e la localizzazione sensoriale. Ricordiamo infine che dal sistema limbico afferiscono al talamo neuroni provenienti dall'amigdala e

dall'ippocampo: queste connessioni e le loro implicazioni funzionali sono importanti per il tono cognitivo e psicoemotivo che viene impresso all'evento dolore.

Il **sistema di modulazione "antinocicettivo"** comprende impulsi discendenti provenienti dalla corteccia frontale e dall'ipotalamo che vanno ad attivare neuroni mesencefalici e del bulbo. Numerose prove testimoniano che questo sistema di modulazione contribuisce all'effetto analgesico dei farmaci oppioidi, in quanto sono presenti recettori per gli oppioidi stessi; inoltre, i nuclei che compongono il sistema di modulazione del dolore contengono peptidi endogeni, come le endorfine. Le condizioni in grado di attivare questo sistema di modulazione in modo più costante sono il dolore e/o la paura che persistono per un periodo prolungato ed infatti è stato dimostrato che sostanze endogene analgesiche vengono rilasciate a seguito di interventi chirurgici.

La modulazione del dolore è a doppio senso e quindi si può avere sia produzione di analgesia, sia intensificazione della sensazione dolorosa; infatti è esperienza comune come stati psicologici particolari (stress e depressione) siano in grado di automantenere le sensazioni dolorose croniche.

Lo stress è un fattore di importante variazione della percezione del dolore secondo un processo "bifasico" che registra un innalzamento della soglia (Analgesia da Stress - Stress Induced Analgesia, SIA), seguito, con perdurare nel tempo della stimolazione, da un abbassamento a livello patologico, ovvero di gran lunga minore del livello primitivo o di controllo. In questa seconda fase possono

essere coinvolti diversi peptidi come l'1-24 ACTH e la colecistochinina (CCK) che assume il ruolo di "naloxone endogeno" . Per quanto riguarda la depressione, è tuttora controverso il significato della sua concomitanza con il dolore, per cui se in alcuni pazienti i disturbi depressivi sembrano essere solo secondari all'insorgenza del dolore, in altri il dolore rappresenta una dei sintomi di depressione endogena. Molti aspetti neurochimici sembrano comunque accomunare dolore e depressione: il sistema monoaminergico, nella sua componente serotoninergica, gioca un ruolo rilevante nella modulazione endogena del dolore in quanto una sua diminuzione (a vantaggio della componente noradrenergica), è in grado di aumentare la sensibilità e la reattività allo stimolo nocicettivo, di diminuire la risposta analgesica agli oppiacei esogeni e di evocare sintomi di tipo depressivo. Gli antidepressivi triciclici, cui va riconosciuta una particolare efficacia terapeutica nei due quadri, agirebbero diminuendo l'attività noradrenergica ed aumentando quella serotoninergica. Nel paziente anziano tutta questa problematica appare ancor più importante, se si considera che fattori psico-sociali, con il conseguente stato di stress cronico, possono interagire con il processo di invecchiamento cerebrale che sembra alterare la trasmissione serotoninergica.

Classificazione del dolore

Una prima suddivisione del dolore, tiene conto del tempo di insorgenza, per cui si riconosce un **dolore acuto**, che di solito ha una causa facilmente identificabile e che si associa ad uno stato emotivo di tipo ansioso con attivazione del sistema simpatico, e un

dolore cronico, che ha durata maggiore di sei mesi. Diversamente da quello acuto, il dolore cronico perde la sua funzione biologica di adattamento e, specialmente in età geriatrica, si accompagna facilmente a depressione.

Il **dolore cronico** può essere suddiviso in **nocicettivo** (proporzionato alla continua attivazione delle fibre nervose della sensibilità dolorifica), **neurogeno**, (causato da un processo patologico organico interessante le vie nervose afferenti) e **psicogeno**.

Il **dolore di tipo nocicettivo** può essere sia **somatico** che **viscerale**

Il **dolore da neuropatia** deriva da un danno diretto alle vie nervose centrali e/o periferiche causato da patologie molto frequenti in età geriatrica come per esempio il diabete e l'herpes zoster. Esso ha un carattere urente, tipo "scossa elettrica" o "formicolio" e può essere scatenato anche soltanto da una lieve stimolazione tattile. I meccanismi del dolore da neuropatia sono di vario tipo: le fibre afferenti primarie interessate da una lesione, inclusi i nocicettori, divengono estremamente sensibili alla stimolazione meccanica e iniziano a generare impulsi anche in assenza di stimolazione, attivandosi spontaneamente. La successiva elaborazione delle informazioni a livello del SNC può persistere anche in assenza di un'attivazione continua delle fibre nervose sensitive e ciò sta alla base della cosiddetta sindrome da deafferentazione, tipica del dolore da arto fantasma. Le fibre nervose sensitive lese possono anche sviluppare una ipersensibilità alla noradrenalina rilasciata da neuroni simpatici post-gangliari e ciò

determina un dolore urente o di tipo "bruciore" o "pugnalata" poco sensibile ai farmaci analgesici, ma che risponde elettivamente al blocco del sistema simpatico; questo dolore si manifesta con una latenza di ore, giorni o anche settimane rispetto all'applicazione del danno nervoso (causato da fratture ossee, traumi dei tessuti molli, infarto miocardico), e si accompagna a tumefazione delle estremità, osteoporosi nelle aree periarticolari e modificazioni artrosiche delle articolazioni distali (distrofia simpatica riflessa).

Il **dolore psicogeno** si presenta con intensità ed invalidità sproporzionate rispetto alla causa somatica identificabile ed è correlato ad una tendenza più profonda al comportamento anomalo da malattia (sindrome dolorosa cronica di origine non neoplastica). Alcune di queste persone non presentano alcuna malattia organica ed i loro disturbi possono pertanto essere classificati fra le cosiddette forme di somatizzazione.

Le definizioni sopra riportate sono riassunte nel seguente schema:

- Classificazione del dolore.

Acuto: causa facilmente identificabile, stato ansioso associato, attivazione del sistema simpatico.

Cronico: durata maggiore di sei mesi, perdita della funzione biologica di adattamento, associato facilmente a depressione.

Nocicettivo: proporzionato alla continua attivazione delle fibre nervose della sensibilità dolorifica, può essere somatico o viscerale.

Dolore somatico

Origina nel corpo (in greco antico soma) nel suo complesso, escludendo il sistema nervoso. In questa categoria si usa distinguere: il **dolore somatico vero e proprio**, intendendo l'eccitazione dei sensori del dolore situati nella cute, nei muscoli, nelle articolazioni e nelle ossa; il **dolore somatico viscerale** cioè il dolore che nasce dagli organi interni. In ambedue i casi, cioè che si parli di dolore somatico vero e proprio o di dolore somatico viscerale, di frequente, lo stimolo doloroso è ben individuabile, il dolore è controllabile da antinfiammatori e analgesici, il dolore è spesso acuto.

Neurogeno: dovuto a processo patologico organico interessante le vie nervose afferenti. ed è caratterizzato da: non chiaro stimolo causale; il non essere influenzabile dai comuni analgesici; una frequente cronicità e, spesso, dall'essere poco localizzabile.

Psicogeno: intensità e invalidità sproporzionate alla causa somatica supposta responsabile.

Il dolore inoltre può essere:

localizzato, quando una persona indica il preciso punto del corpo dove avverte il dolore;

irradiato, nel caso in cui dal punto di origine il dolore sembra seguire un decorso lungo un tratto del corpo (ad esempio, un mal di schiena con una irradiazione sciatica);

riferito, cioè quando chi soffre indica un'area di dolore cutaneo più o meno vasta senza una chiara localizzazione.

Oltre alle vie nervose ascendenti che portano gli stimoli dolorosi dal corpo al cervello, esistono altre vie che da questo discendono al midollo spinale con la funzione di inibire o meno il dolore aiutata da particolari sostanze capaci di modificare la sensibilità al dolore.

ASPETTI PSICOLOGICI NEL DOLORE

Il meccanismo finalizzato a distinguere dolore e piacere, leve fondamentali della vita, dell'organizzazione dell'esperienza individuale e fonte delle strategie per meglio sopravvivere, è innato.

Nel cervello, accanto alla rappresentazione somato-sensoriale in senso proprio, derivante dalla modificazione locale di uno stato corporeo, esiste una componente prodotta da un cambiamento più generale: l'emozione che è consapevolezza di tale cambiamento.

L'esperienza individuale procede lungo l'intero arco della vita, si modella sul movimento, sul ritmo della vita stessa ed è sempre tesa ad alleviare l'angoscia del dolore e della morte ed a liberarsi dall'incantamento dei piaceri, dai desideri come dalle preoccupazioni.

Il modo di avvicinarsi al dolore e alla morte subiscono modificazioni

legate al contesto socio-culturale ed alle caratteristiche proprie dell'individuo.

Attualmente prevale un diffuso senso di disagio di fronte al limite: si tende a circoscrivere l'esperienza al presente o all'immediato futuro; la vita assume significato in condizioni di piacere e di benessere, mentre priva di senso ogni condizione legata al declino psicofisico, al dolore e alla morte.

Si riconosce una constatazione empirica: la morte non può essere curata, in quanto evento, può essere solo ritardata.

Riusciremo a trattare il dolore solo considerandolo esso stesso un evento, affrontandolo secondo il principio di realtà (come un evento) e non solo secondo il principio del piacere, negandone l'esistenza o pretendendo che si possa eliminare.

Da tutto ciò consegue il disagio degli operatori nell'affrontare il problema del dolore e gli interventi più appropriati a tal fine.

La funzione dell'operatore è quella di porsi come intermediario tra una situazione di impotenza assoluta e una di potenza relativa. Quest'ultima consente alla persona di tollerare la reale situazione di perdita, facilitando l'utilizzo di risorse interne, permettendo di riconoscere ed accettare ciò che è possibile per superare l'angoscia.

Il ruolo dell'operatore comprende anche un **aspetto relazionale** oltre che tecnico; richiede quindi una condizione emotiva

congruente con quella dell'utente, riuscendo così a trasmettere una solidarietà autentica che nasce dalla consapevolezza del dolore come destino comune.

Spesso l'imbarazzo sorge da domande dirette che il malato rivolge, alle quali l'operatore tende a dare risposte evasive.

E' necessario pertanto un training specifico rivolto agli operatori che curano ed assistono la persona che muore:

- la fase terminale inizia quando cambia il fine, dal fine di curare e guarire si passa a quello di cercare un sollievo, un conforto, fornendo cure palliative

- si parla di qualità della vita, della quale la morte è l'evento terminale

- molto può essere fatto affinché la persona viva in modo positivo per qualità e significato, dignità e completezza, tutti i giorni che restano.

IL DOLORE: ASPETTI ANTROPOLOGICI

“Fattori affettivi (emotivi), comportamentali e cognitivi (pensieri o attitudini) e culturali influenzano la percezione del dolore e possono essere più o meno intensi.

Diversamente, altre emozioni, credenze, comportamenti e cognizioni possono aiutare ad alleviare il dolore”.

Questo accenno di ordine antropologico e filosofico sul significato di dolore pensiamo possa rendere più comprensibile l’approccio assistenziale all’uomo sofferente. La conoscenza di alcuni elementi forniti dalle discipline umanistiche, non costituiscono per l’infermiere una sorta di ‘plus cultura’, ma devono fare parte dello specifico professionale, che viene così arricchito da ulteriori elementi di comprensione e lettura dei bisogni assistenziali in relazione al sesso, all’età, alla cultura e alla religione di ogni singolo individuo.

Proprio nella nostra epoca è importante richiamare ripetutamente alla memoria quelle tradizioni della filosofia e della teologia che hanno sviluppato concezioni essenziali per la comprensione del dolore che sono andate perdute in questa epoca di anestesia e modernità, ma che potrebbero, in molti casi, essere di aiuto agli uomini nelle diverse situazioni di dolore e sofferenza. Fin dall’antichità si è assistito a numerosi tentativi di dare al dolore un senso, fosse quello spirituale, punitivo o salvifico (Aristotele ha compreso il dolore come ‘passione’) ma crediamo che una citazione di Agostino, padre della chiesa, rispecchi nella totalità anche la nostra opinione *‘...è vero che si possono accettare molti dolori , ma nessuno di questi può essere amato...’* .

Negli ultimi trenta anni , all’interno della cultura occidentale, si è assistito ad un continuo cambiamento circa i modelli di riferimento dell’uomo nell’ambito della cura e dell’assistenza, oggi si tende ad un approccio multiplo, di tipo bio-psico-sociale. Non va però dimenticato che da qualche tempo, sono

entrati, attraverso la collaborazione imposta dalla ricerca scientifica con altri paesi, *nuovi modelli di uomo* provenienti da altre culture, che hanno 'contaminato' il nostro modello occidentale e rendendo opportuna una visione più allargata dell'entità '**uomo**'.

Il dolore e la sofferenza sono sempre stati considerati un segno di riconoscimento della *conditio humana* (a torto o a ragione, ma preferiamo non entrare nel merito); quando si parla di questi aspetti si deve sempre essere consapevoli che si parla di una condizione che definisce la persona umana come tale. Questa semplice considerazione, ci indica la risposta all'interrogativo "dolore: bisogna proprio intervenire?...(dato il significato ontologico della dimensione umana?)". Secondo noi la risposta può essere: 'nel modo più adeguato alla dignità di una persona'; le ragioni (perché intervenire) e le modalità (come intervenire) devono essere dettate dalla singolare preziosità di ogni individuo (la sua volontà, il suo credo, i suoi vissuti).

Due possono essere le ragioni fondamentali che giustificano clinicamente, deontologicamente ed eticamente l'attenzione per un adeguato controllo del dolore: la prima, è il rispetto dei bisogni dell'utente, e deve caratterizzare l'atteggiamento di medici ed infermieri, soprattutto nei momenti difficili della sofferenza e della malattia in cui egli raggiunge una debolezza estrema; la seconda, è data dalle innumerevoli possibilità offerte ai nostri giorni dalla scienza e dalla tecnica, che nel trattamento antalgico hanno dimostrato grandi sviluppi. Alleviare la sofferenza al malato, anche togliendo il dolore, non ha quindi solo valenza deontologica bensì anche etica. E' questa la dimensione morale dell'azione di cura all'uomo sofferente. Ciò

che la nostra politica sanitaria indica come esigenza prioritaria è il miglioramento della qualità delle prestazioni per elevare il grado di soddisfazione dell'utente. Ma quale è lo spazio culturale destinato a questo processo di trasformazione? E' veramente possibile migliorare ed ottimizzare l'assistenza e la cura all'interno dei nostri reparti? Pensiamo che la risposta possa avere un'accezione positiva nella misura in cui si investe nella formazione culturale (non solo tecnicoscintifica ma anche umanistica) degli operatori sanitari. Citiamo a questo proposito una persona che nasce nella professione infermieristica negli anni 50, M. Leininger, che dopo un incontro con M. Mead (antropologa di fama internazionale) riconosce e diffonde l'importanza della formazione antropologica per gli infermieri professionali attraverso la definizione di un nursing trans-culturale e della bellissima teoria del "Sole nascente" i cui presupposti sono la conoscenza della cultura di chi si va ad assistere e la conoscenza dei concetti di uomo, salute e malattia per i diversi soggetti. Se questo non si realizza i progetti di politica sanitaria resteranno mera utopia. Ciò su cui bisogna fortemente investire è certamente il recupero di una più chiara visione della dignità della persona ed una riforma vera della socializzazione della pratica medica ed infermieristica.

SISTEMI DI VALUTAZIONE

Generalità

Autovalutazione

Essendo un'esperienza soggettiva, l'autovalutazione dell'utente è da considerarsi la regola per la misurazione del dolore. Infatti, numerosi studi hanno evidenziato la sottostima derivante da una valutazione esterna: infermieristica e medica.

La valutazione esterna rimane indispensabile per le persone che non sono in grado di esprimersi, i neonati e i bambini, handicappati mentali, anziani con demenza.

Valutazioni multiple

Sono necessarie valutazioni multiple per avere una visione reale dell'esperienza dolorosa della persona , una sola valutazione è troppo limitata.

Caratteristiche di un test valido

___ Facilità di utilizzo

___ Deve richiedere poco tempo sia per la registrazione che per l'elaborazione dei dati.

___ Articolato in modo che sia comprensibile a tutti

___ Deve soddisfare i criteri di

a) Validità: il grado in cui un test valuta ciò che intende misurare.

b) Sensibilità: evidenzia i cambiamenti relativi alla terapia.

c) Affidabilità o grado di ripetibilità: il test deve essere ripetibile quando amministrato più volte o da più esaminatori,

appropriatamente e in circostanze simili.

Sistemi di valutazione nell'adulto

VRS (Visual Rating Scale)

NESSUN DOLORE

DOLORE MODERATO

DOLORE INTENSO

DOLORE LIEVE

DOLORE MOLTO INTENSO

Serie di descrittori dal più debole al più intenso (assenza di dolore.....il peggior dolore possibile).

Un punteggio di 0 è assegnato al descrittore di minore intensità, 1 a quello successivo ecc.

La persona sceglie il descrittore che più si avvicina alla sua sensazione dolorosa.

L'ordinamento casuale evita la scelta preferenziale, dovuta alla posizione, facendo puntare l'attenzione sul valore semantico del descrittore.

Semplice da somministrare, ha dimostrato affidabilità e validità.

NRS (Numerical Rating Scale):

Serie di numeri da 0 a 10 o da 0 a 100 il cui punto di inizio e di fine rappresentano gli estremi del dolore provato.

L'utente sceglie il numero che corrisponde meglio al suo dolore.

E' semplice e ha dimostrato affidabilità e validità.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VAS (Visual Analogue Scale)

Una linea di 10 cm orizzontale o verticale con due punti di inizio e fine, contrassegnati con "assenza di dolore" e "il dolore peggiore mai sentito".

La persona deve mettere un punto al livello di intensità che prova. E' semplice e breve da somministrare e da assegnare il punteggio. Presenta delle limitazioni nei malati con difficoltà motorie e percettive, alcuni non riescono a comprendere le istruzioni.

MC GILL PAIN QUESTIONNAIRE

Classificazione di 102 termini che descrivono differenti aspetti del dolore.

I termini sono suddivisi in tre classi maggiori, sensoriale, emotivo-affettiva, valutativa, e 16 sottoclassi che contengono un gruppo di parole considerate qualitativamente simili.

Vi è aggiunta una **VRS**, per misurare l'intensità del dolore presente, e un **disegno** di un corpo umano, visto davanti e dietro, per indicare la localizzazione.

Ha dimostrato validità, affidabilità, coerenza, sensibilità e utilità.

Possiede una potenziale possibilità di aiutare nella diagnosi differenziale, in quanto ogni tipo di dolore è caratterizzato da una distinta costellazione di descrittori verbali. Tale possibilità può essere invalidata da alti livelli di ansia e altri disturbi psicologici che possono produrre un alto punteggio della

dimensione affettiva, in più anche certe parole chiave specifiche di sindromi possono essere assenti.

Ne esistono almeno due versioni italiane (Italian Version of MPQ, Italian Pain Questionnaire)

SF-MPQ: short form del Mc Gill Pain Questionnaire

Consiste in 15 parole rappresentative della porzione riguardante la qualità sensoriale (11) e la qualità affettiva (4), scelte perché usate più frequentemente dalle persone con vari tipi di dolore. E' correlata con il MPQ e sensibile e sembra adatta anche alle persone anziane.

NESSUN DOLORE

IL PEGGIOR DOLORE POSSIBILE

Descriptor Differential Scale

Valuta separatamente l'intensità sensoriale e il fastidio.

Consiste in 12 descrittori, posti al centro di una scala a 21 punti con un segno meno al livello più basso e più a quello più alto.

E' assegnato un punteggio da 0 (-) a 20 (+) a ogni descrittore: un punteggio di 10 indica un'intensità uguale a quella del descrittore.

VERY INTENSE

BARELY STRONG

WEAK

MODERATE

EXTREMELY INTENSE

VERY MILD

INTENSE

FAINT

SLIGHTLY INTENSE

MILD

STRONG

VERY WEAK

ALTRI METODI

Brief Pain Inventory

15 descrittori inerenti l'intensità del dolore e la conseguente limitazione funzionale. Ne esiste una versione italiana (Breve Questionario Per La Valutazione Del Dolore).

Altri approcci alla valutazione del dolore sono quello **comportamentale** e quello **fisiologico** che hanno, però, dimostrato una scarsa valenza: non sono sempre correlati alla auto-valutazione (per esempio nelle persone "stoiche" o in utenti di diversa cultura), non specifiche per il dolore e anche se insorgono con il dolore possono "adattarsi" se il dolore persiste.

GLI STRUMENTI PIU' UTILIZZATI

Gli strumenti più utilizzati sono il Mc Gill Pain Questionnaire e la VAS anche se la NRS è il metodo che produce meno errori soprattutto negli anziani.

Sistemi di valutazione nel bambino

Attualmente non esistono tecniche uniformi, facili da somministrare e largamente accettate per valutare il dolore nei bambini, soprattutto nei neonati, anche se rappresenta un'area di ricerca attiva.

Le tecniche possono essere classificate come: auto valutazioni, osservazioni del comportamento, controllo dei parametri fisiologici e sistemi che usano misure di valutazioni multiple.

La selezione di un metodo appropriato di valutazione del dolore dovrebbe essere basato:

- 1) sull'età di sviluppo del bambino,
- 2) sul tipo di dolore o di condizione medica per la quale esiste uno specifico strumento di valutazione,
- 3) validità, affidabilità e flessibilità.

Anche nel bambino l'auto valutazione è da preferirsi, quando possibile.

BAMBINO ENTRO I 18 MESI

_ **Parametri Fisiologici:** tachicardia, vasocostrizione periferica, diaforesi, dilatazione delle pupille e aumento secrezione catecolamine e ormoni adrenocorticoidi.

Possono però non essere collegati unicamente al dolore.

Visto che la valutazione ormonale è costosa, invasiva, dolorosa e lenta i medici associano il dolore con il cambiamento

dal 10% al 20 % dei parametri fisiologici non invasivi (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa).

Attualmente non esistono sistemi di valutazione standardizzati.

Parametri Comportamentali: espressione facciale, agitazione motoria, mutazioni nello stato comportamentale e nei comportamenti specifici come il sonno.

Bisogna tener conto che i nati pre-termine hanno reazioni inferiori a quelli nati a termine.

Neonatal Facial Coding System valuta le espressioni facciali che indicano la presenza del dolore

Infant Body Coding System valuta l'agitazione motoria, meno specifica delle espressioni facciali

Strumenti Multidimensionali:

CRIES valuta l'espressione, il pianto, l'assenza del sonno, la saturazione di ossigeno, frequenza cardiaca e pressione arteriosa.

Premature Infant Pain Profile è uno degli strumenti più validati, misura il dolore mediante 7 indicatori che includono, comportamento, fisiologia e indicatori contestuali.

BAMBINO IN ETÀ PRESCOLARE

Hanno delle espressioni diverse per esprimere il dolore (per esempio bubba). I clinici devono studiare tali parole per poterle usare coi bambini e farsi comprendere.

Non sono ancora in grado di comprendere concetti astratti e non sanno qualificare o dare un'intensità al dolore

Strumento del corpo disegnato si sottopone al bambino il disegno del corpo di un bimbo senza capelli ne' genitali, per non rendere specifico il sesso. Il bimbo deve mettere un punto per indicare dove ha male e l'area di diffusione, usando colori differenti per rappresentare gradi differenti.

Poker Chip Tool si danno quattro gettoni al bambino, 1 gettone è un pezzo di dolore e 4 sono il più grosso dolore possibile, il bambino deve scegliere il numero di gettoni corrispondenti al suo dolore.

FACES PAIN SCALE

DISEGNI DI FACCE CHE ESPRIMONO DIVERSI GRADI DI DOLORE, POSTE IN POSIZIONE CASUALE.



Oucher scale associa foto di bambini con crescente livello di dolore a una Visual Analogue Scale.

Si trova con foto di Caucasici, Afro Americani e Ispanici ed è stata dimostrata la sua validità per bimbi da 3 a 12 anni.

Altre VAS termometro del dolore, Analogue Chromatic Continuous Scale, Word-Graphic Scale

Uno studio ha trovato che i bambini preferiscono le scale di facce e dati recenti suggeriscono di usare una faccia neutra, per indicare

l'assenza del dolore, invece che una felice, per migliorare la sensibilità nel misurare il dolore, piuttosto che generiche emozioni positive o negative.

BAMBINO IN ETA' SCOLARE E ADOLESCENTE

Sono in grado di comunicare in termini più astratti e quindi descrivere intensità e qualità del dolore.

Si utilizzano gli strumenti precedentemente descritti e strumenti multidimensionali

QUANDO VA MISURATO IL DOLORE

Un monitoraggio regolare e affidabile dell'intensità del dolore, è importante per stimare lo standard di cura fornito. *La realizzazione di routine della valutazione del dolore può essere stimato come un primo passo, fondamentale , verso una migliore qualità della gestione del dolore.* Vale anche ricordare che in assenza di schede per la valutazione del dolore, molti operatori continueranno a credere che i pazienti che non si lamentano non sentano dolore. Inoltre l'uso di protocolli di monitoraggio di vari parametri permette una rapida scoperta degli effetti collaterali del trattamento.

I malati vengono interrogati a intervalli fissi, in genere ogni 3 ore, *a riposo*. Un miglior indicatore dell'efficacia dell'analgesia è la valutazione del dolore *durante la tosse, i respiri profondi o i movimenti* (ad esempio nei cambi di posizione nel letto). Il dolore

dovrebbe essere misurato regolarmente alla stessa stregua di come si misurano la temperatura o i segni vitali. La frequenza delle rilevazioni dovrebbe aumentare se il dolore è poco controllato o se si è fatto un aggiustamento del trattamento.

Importante è che si adoperi sempre la stessa scala per misurazioni successive.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE

Il trattamento è del tutto insoddisfacente nella pratica quotidiana, e questa realtà è comune a gran parte degli Ospedali non solo del nostro Paese. Ciò è dovuto principalmente all'ignoranza diffusa nel personale medico e infermieristico che tutto oggi considera dolore come parte integrante ineluttabile della malattia e del ricovero.

L'utente stesso poi è convinto che un certo grado di sofferenza debba far parte del suo iter terapeutico e subisce passivamente tale realtà. Per fortuna da alcuni anni si è imposta la convinzione che non è più moralmente ed eticamente accettabile non alleviare il dolore e che il suo trattamento è parte centrale delle cure. Quindi è dovere degli operatori sanitari riuscire a fare cambiare le aspettative del malato per il sollievo del suo dolore e a soddisfare in tal senso le sue richieste.

L'infermiere ricopre un ruolo centrale nell'informazione e nel trattamento del dolore poiché rispetto ad altre figure sanitarie è quella che rimane più tempo a contatto diretto con il malato ed è sicuramente anche quella che meglio di altri può valutare l'efficacia della terapia analgesica impostata. Proprio recente ricerca in Svezia ha potuto dimostrare nella realtà quanto era stato pubblicato sulle riviste specializzate: una maggiore qualità del

trattamento del dolore si può ottenere addestrando lo staff infermieristico. L'intensità del dolore viene misurata ogni 3 ore assieme alla rilevazione dei parametri vitali e tutti i malati con un VAS maggiore di 3 ricevono un pronto trattamento analgesico. Esiste poi una figura di infermiera responsabile che giornalmente fa la verifica tra i reparti e ha funzioni di coordinamento dell'attività tra lo staff infermieristico delle corsie e il servizio di anestesia che è il diretto responsabile della terapia. Tale infermiera ha poi compiti di addestramento del personale e di verifica trimestrale dell'attività svolta e regolarmente si promuovono riunioni di aggiornamento e revisione dei protocolli. Tale sistema si è rivelato semplice, efficace e poco costoso rispetto ad altri sistemi di gestione che prevedendo la figura medica per le verifiche del trattamento del dolore, come ad esempio negli Stati Uniti, sono assai più costosi.

La principale responsabilità dell'infermiere è quella di impedire che il malato soffra senza motivo. Il suo compito è quello di rilevare i segni del dolore, valutare la sua intensità ed iniziare, quando prescritto, la terapia.

Un buon trattamento richiede quindi:

- la conoscenza della fisiopatologia del dolore
- la valutazione regolare e sistematica del dolore
- una pronta risposta alle richieste della persona misurata sulle singole necessità
- la rilevazione immediata delle complicanze della terapia
- la conoscenza del funzionamento e la capacità di usare gli strumenti tecnici
- un buon rapporto con l'utente

Il dolore è per molte persone causa di grave sofferenza ed essi si attendono quindi giustamente un pronto ed adeguato trattamento. Non bisogna mai dimenticare che il dolore è un'esperienza strettamente personale e solo il malato ne potrà descrivere le caratteristiche e l'intensità. E' quindi indispensabile, determinare l'intensità la qualità del dolore in modo da aggiustare sulle singole necessità la terapia.

Alla persona dovremo chiedere quant'è forte il dolore (intensità), che tipo di dolore è (*qualità*) dove localizzato (*localizzazione*), perché ha dolore (*ragioni*).

Le linee guida da seguire sono:

- il dolore non deve mai raggiungere intensità elevata
- bisogna utilizzare intervalli di somministrazione brevi o tecniche d'infusione continua
- è meglio somministrare gli analgesici a tempo fisso e prima che il dolore ricompaia

Lo scopo non è quello di abolire completamente il dolore ma di mantenerlo ad un livello accettabile così da migliorare il comfort della persona (in genere un VAS o un VNS di 3 o inferiore è indice di un trattamento adeguato) e quindi migliorare la respirazione e la mobilizzazione. Nelle fasi non acute terremo presenti anche trattamenti non farmacologici quali il caldo, il freddo, il massaggio e la posizione corretta.

LA TERAPIA DEL DOLORE: ORIENTAMENTI BIOETICI

Premessa

Il dolore accompagna da sempre la vita umana, ha molteplici significati, e, fino a tempi recenti, l'umanità non ha conosciuto mezzi efficaci per eliminarlo o per ridurlo. Nella valutazione etica, il dolore è stato a lungo associato all'idea di castigo. Ad esempio, nell'Antico Testamento Dio si rivolge alla donna che ha peccato con queste parole: "Moltiplicherò le tue pene ed avrai i figli nel dolore", e nel Corano la mancanza di fede è colpita da "castighi dolorosi". La stessa concezione caratterizza la fase barbarica della giustizia umana, al punto che il termine "pena" ha assunto il duplice significato di dolore e condanna. Questa idea di castigo ha anche impregnato il comune sentire della gente. Si è fatta strada, tuttavia, nell'epoca moderna, un'altra interpretazione secondo la quale il dolore non è un castigo da accettare supinamente, ma costituisce la connotazione che accompagna il male e lo distingue dal bene: non va, quindi, subito, ma va inteso come un segnale d'allarme da spegnere non appena ha assolto il suo compito.

L'analisi biologica del fenomeno porta spesso a conclusioni analoghe. Il dolore è un meccanismo nello stesso tempo fisiologico, giacché segnala i danni e i pericoli, e patologico, quando si trasforma in malattia. Protegge la donna che partorisce, frenando la spinta del feto prima che diventi devastante per i tessuti circostanti. Segna il confine tra lo sforzo sopportabile dall'organismo e quello che lo stroncherebbe. Avverte l'esistenza di una malattia, dovunque essa si annidi, quando è ancora latente o incipiente. Si manifesta

maggiormente durante la notte, quando gli altri sensi che possono segnalare i pericoli sono sopiti. Il dolore si trasforma in patologia quando va oltre il suo ruolo fisiologico. Diventa allora controproducente, impedendo alla partoriente d'aiutare il figlio che nasce. Aggrava le crisi cardiache, aumentando la pressione del sangue e sottoponendo l'apparato circolatorio ad un carico che può essere fatale. Rende insopportabili molte malattie croniche ben al di là delle loro manifestazioni somatiche, togliendo a chi ne soffre la capacità di reagire e, al limite, la stessa voglia di vivere.

Non esiste dolore, inoltre, senza un'integrazione psichica di questo fenomeno che ne condiziona l'intensità. C'è l'attesa del dolore che ingigantisce un evento semplicemente temuto. C'è, al contrario, la rimozione del dolore, che si osserva durante un combattimento, anche in presenza di gravi ferite. C'è infine il dolore che accompagna la sofferenza non del corpo, ma della mente ferita da avvenimenti traumatizzanti, come la perdita di una persona cara o l'avvertire un senso interiore d'impotenza o inutilità, come avviene nella depressione endogena. A ben guardare, la sofferenza, o suffering, è sempre un'esperienza psichica, anche quando nasce dal corpo. Il termine dolore, o pain, si applica alla sofferenza fisica come a quella psichica. E' comunque opportuno, per motivi pratici, distinguere e trattare separatamente il dolore fisico legato ad un danno organico ben individuato, e quello mentale, che ha invece una connotazione eminentemente psichica.

Questo documento intende riaffermare che la lotta al dolore, inteso nel senso di malattia del corpo e della mente, rientra nei compiti primari della medicina e della società.

1. Il valore della lotta contro il dolore

Tra quanto è possibile e giusto fare per eliminare e controllare il dolore fisico e quanto in pratica viene fatto riscontriamo una vistosa differenza. Oggi abbiamo conoscenze adeguate relative alla fisiologia del dolore. E soprattutto disponiamo di molte metodologie di intervento – non invasive e invasive, neurochirurgiche e psicologiche, oltre a tutta la gamma di terapie farmacologiche – che permettono di combattere il dolore in moltissimi casi.

A questa capacità viene attribuito dalla nostra cultura un valore altamente positivo. Alla legittimità culturale ed etica riconosciuta alla lotta contro il dolore risponde l'inserimento delle azioni rivolte a tale fine tra le priorità del servizio sanitario pubblico. Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, che si propone come un "patto di solidarietà per la salute", individua l'assistenza alle persone nella fase terminale della vita tra gli obiettivi da privilegiare. Nell'ambito del quarto obiettivo – "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli" – il Piano indica l'assistenza alle persone affette da patologie evolutive irreversibili, per le quali non esistono trattamenti risolutivi. Nell'ambito del patto di solidarietà, la sanità pubblica si impegna a fornire a queste persone «un'assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psicosociale». Tra le azioni da privilegiare il Piano individua l'erogazione di assistenza farmaceutica a domicilio tramite le farmacie ospedaliere e il potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antalgica.

Occorre ricordare che la lotta contro il dolore appartiene all'intera storia della medicina. A metà del secolo XIX si è sviluppata l'anestesia con etere e cloroformio, ulteriori traguardi sono stati raggiunti con l'impiego di cocaina, morfina e loro derivati. Successivamente sono stati approntati farmaci più efficaci contro il dolore e si è provveduto a curare il sintomo come prioritario e come male in sé.

La psicoterapia, la psicoprofilassi al parto, l'agopuntura, l'analgesia e altre tecniche sono state anch'esse utili ad eliminare la paura e l'ansia legata ad esso.

Eppure la lotta contro il dolore è gravata in Italia da molte insufficienze. Rispetto agli indicatori stabiliti dall'OMS per valutare se un paese sta di fatto attuando un'analgesia efficace – consumo di farmaci oppiacei, in particolare la morfina - l'Italia occupa uno degli ultimi posti in Europa, anche a causa di norme che, introdotte a suo tempo per limitare l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti, hanno ostacolato la prescrizione e l'impiego di farmaci antalgici efficaci (in particolare gli oppioidi), fino ai sostanziali cambiamenti introdotti dalla legge 8 febbraio 2001, n.12, "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore".

L'attenzione sbilanciata da parte della medicina agli obiettivi della cura e della guarigione rispetto alla palliazione e all'alleviamento del dolore e delle sofferenze causate dalle patologie è un fenomeno molto diffuso a livello mondiale. Il Rapporto dello Hastings Center – Gli scopi della medicina: nuove priorità, 1997 – rileva che «l'alleviamento del dolore e della sofferenza è uno dei più antichi

doveri del medico e un obiettivo tradizionale della medicina. Sennonchè in tutto il mondo la medicina contemporanea non soddisfa in modo adeguato questo suo compito. Per molti anni diversi studi hanno mostrato che i medici intendono e perseguono l'attenuazione del dolore con gradi di efficienza molto vari. Interventi inadeguati o impropri di mitigazione del dolore sono ancora molto comuni».

2. Evoluzione dei codici deontologici

Gli orientamenti bioetici e le nuove prospettive morali della medicina hanno influenzato in larga misura il pensiero medico ispirando importanti cambiamenti nel codice deontologico della professione medica. A ciò hanno anche contribuito i pareri più volte espressi dal Comitato Nazionale per la Bioetica nei documenti pubblicati, tra i quali: Parere del CNB sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali (6 settembre 1991), Bioetica e formazione nel sistema sanitario (6 settembre 1991), Informazione e consenso all'atto medico (20 giugno 1992), Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana (14 luglio 1995).

L'evoluzione del codice in tema di terapia del dolore si è sviluppata a partire dal codice di deontologia medica approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri il 15 luglio 1989. L'art. 44, capo V, prevedeva l'obbligo per il medico, "in caso di malattie a prognosi sicuramente infausta e pervenute alla fase terminale", del rispetto della volontà del paziente, dovendo la sua opera limitarsi "all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutile sofferenza, fornendo i

trattamenti appropriati e conservando per quanto possibile la qualità di una vita che si spegne".

Tale concetto veniva ripreso con maggior vigore dall'art. 14 nella edizione del codice deontologico del 24 giugno 1995: "I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza fisica o psichica del malato possono essere attuati previo accertamento delle necessità terapeutiche, al fine di procurare un concreto beneficio clinico al paziente o di alleviarne le sofferenze".

Significativi passi avanti sono stati compiuti con l'edizione dell'ottobre del 1998. Il capo V dopo aver premesso che "Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocare la morte" (art.36), affronta il tema dell'assistenza al malato inguaribile: "In caso di malattia a prognosi sicuramente infausta e pervenuta alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera alla assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile" (art.37).

L'art. 14 vieta l'accanimento diagnostico-terapeutico, mentre l'art.15 ammette che "i trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza vitale possono essere effettuati al fine di procurare un vantaggio al paziente e alleviarne le sofferenze".

Ai sensi dell'art. 20, II° comma, "Il medico non può abbandonare il malato incurabile ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica".

In definitiva il codice deontologico italiano ha fatto una scelta irreversibile, nel rispetto della volontà della persona, escludendo terapie sproporzionate rispetto alla necessità e tutela della dignità della persona, cui va assicurata la sedazione del dolore.

L'attuale codice deontologico della professione infermieristica si ispira ai medesimi principi con importanti cambiamenti che si registrano nell'evoluzione dei codici: mentre la versione del 1977 indicava come dovere dell'infermiere quello di aiutare il malato a "sopportare la sofferenza", nella recente versione del codice del 1999 viene indicato come dovere quello "di attivarsi per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili" della malattia (art. 4-14), tra i quali ha un ruolo prevalente il dolore.

3. Orientamenti legislativi

In questo contesto il CNB ritiene opportuno proporre una sua raccomandazione affinché la pratica medica e infermieristica si adegui all'imperativo di dare una risposta efficace ai malati che sono afflitti da dolori, in particolare dal dolore che accompagna la fase terminale della vita.

In questo ambito, affinché la terapia del dolore diventi una realtà concreta e diffusa sono necessari orientamenti legislativi, clinici, educativi.

La legge che rende più facile la prescrizione di morfina e di altri farmaci contenenti oppioidi, in vigore dopo la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 6 marzo 2001, ha avuto soprattutto la funzione di abolire alcuni vincoli instaurati dalle norme precedenti (in particolare il DPR 709 del 1990, nel quale venivano accomunate le norme per l'impiego di farmaci antalgici e l'azione repressiva nei confronti del mercato illegale delle sostanze d'abuso).

Come già richiedevano alcune associazioni impegnate nelle cure palliative in una lettera aperta del febbraio 1998 al Ministro della Sanità, sarebbe fortemente auspicabile, anche in mancanza di indicazioni specifiche nella recente legge, che il possesso del ricettario ministeriale divenisse comune a tutti i medici di medicina generale convenzionati.

Dal punto di vista della programmazione sanitaria, per superare le attuali lacune, si dovrà porre particolare attenzione a far entrare la terapia del dolore nei "livelli essenziali e uniformi di assistenza" (previsti dalla legge 229/1999 – riforma sanitaria ter). Si tratta delle prestazioni sanitarie che tutti hanno il diritto di ricevere, in quanto prestazioni utili, scientificamente provate e compatibili con il sistema di finanziamento in vigore. La Conferenza Stato-Regioni dovrà definire sul piano operativo tali orientamenti e aggiornarli in forma continuativa. Dal momento che dal 2001 il Servizio sanitario nazionale è sostanzialmente modificato – in quanto la delega della sanità è attribuita alle Regioni attraverso il federalismo – è possibile che si introducano inaccettabili disuguaglianze nell'erogazione delle prestazioni terapeutiche. Già oggi, purtroppo, il Servizio sanitario nazionale è caratterizzato da tali disuguaglianze sia tra aree

regionali, sia tra classi sociali. È eticamente inaccettabile che si aggiungano disuguaglianze nell'accesso alla terapia del dolore, che dovrà essere assicurata a tutti gli assistiti, con caratteristica di gratuità.

4. Aspetti della terapia del dolore

Il controllo del dolore ha diversa rilevanza nelle varie situazioni cliniche. A parte l'indicazione frequente nella fase terminale della malattia e in altre situazioni di malattie croniche, degenerative o non degenerative, è opportuno tener presente anche altre condizioni cliniche, meno estreme. Oltre al dolore che accompagna la conclusione della vita, considereremo il dolore acuto post-operatorio, il dolore da parto e il dolore in pediatria.

· Il dolore nella fase terminale della vita

La sofferenza alla fine della vita è psichica, sociale, spirituale, oltre che fisica; per questo il dolore è definito "totale". I dolori aumentano spesso in numero e intensità man mano che la morte si avvicina. La risposta appropriata sono le cure palliative, il cui primo obiettivo è il sollievo del dolore, che, pur non essendo né il più frequente né il più grave dei sintomi del malato terminale, è quello che sappiamo curare meglio. Purtroppo, benché disponiamo di mezzi idonei, i malati continuano spesso a sperimentare un dolore evitabile e non voluto; anzi, percepiscono se stessi come vittime di una doppia sofferenza: patiscono gli effetti del dolore sul corpo, sul sé e sulla vita sociale, e in più subiscono lo sguardo indagatore e incredulo di chi, a volte, considera quel dolore irreali, esagerato, manifestato in modo eccessivo.

Sono state analizzate almeno tre cause a spiegazione del pregiudizio e della disattenzione nei confronti di questi malati. La prima è il valore attribuito alla rassegnazione verso la sofferenza. Il procrastinare la prescrizione della terapia del dolore fino alla grave sofferenza del malato può essere dovuto non solo all'ignoranza dei principi fondamentali della terapia antalgica, ma anche all'idea di somministrare o prendere farmaci solo quando il dolore è insostenibile, il che implica che la sofferenza abbia qualche valore positivo. Tale riconoscimento non può avvenire, comunque, per decisione unilaterale del medico.

La seconda causa è la diversità della stima di molti professionisti rispetto all'intensità del dolore, in confronto a quella dichiarata dal malato. La terza causa è legata alla scarsa integrazione nel sistema sanitario di tutto ciò che cura il sintomo, pur senza curare la malattia, e all'idea che solo i risultati positivi in termini di guarigione o di controllo della malattia sono da valutare come autenticamente medici, anche dal punto di vista dell'impegno economico.

Esiste una tendenza generale, che riguarda la grande maggioranza degli ospedali, di delegare a competenze specifiche - quasi sempre gli anestesisti - la terapia del dolore. Ne discende una notevole difficoltà nell'organizzare le risposte alle richieste di terapia specifica e la progressiva deresponsabilizzazione di tutti gli altri medici, a riprova della frequente assenza di un impegno complessivo dell'organizzazione sanitaria. Quest'ultima tendenza può avere anche relazione con la scelta di atteggiamenti "difensivi" che possono essere utilizzati dai medici per evitare possibili

conseguenze medico-legali causate dalla scelta di somministrare farmaci analgesici con potenziali effetti collaterali pericolosi.

I malati terminali devono potersi giovare di trattamenti analgesici ormai facilmente disponibili, efficaci e poco costosi, che hanno effetti rapidi e prevedibili. Solo nel caso di un loro fallimento si possono proporre trattamenti invasivi che bloccano il passaggio dello stimolo doloroso lungo le vie nervose mediante tecniche chirurgiche, elettriche o anestesologiche. Le obiezioni principali ai metodi invasivi sono la gravosità quando causa ulteriori sofferenze, la sproporzione rispetto all'obiettivo da raggiungere, l'alto costo. E' altresì necessaria un'approfondita riflessione bioetica verso la richiesta di trattamenti anche quando essi non diano la risposta rapida del farmaco - come il rilassamento, il massaggio, la riabilitazione posturale - o verso altri interventi non convenzionali il cui effetto potrebbe essere percepito dai malati terminali come benefico.

La storia naturale dei tumori maligni, dell'AIDS e di molte malattie del sistema cardiovascolare, respiratorio e nervoso evolve spesso in una fase terminale. Tuttavia, una buona cura della fine della vita è possibile e la morte dolorosa è evitabile. È necessario diffondere la cultura delle cure palliative e degli hospice. Quando le prospettive di guarigione sono escluse e la vita del malato si approssima alla fine, l'obiettivo principale della medicina diventa l'assistenza globale alla persona, nel cui ambito è prioritaria la terapia del dolore.

- Dolore post operatorio

La terapia analgesica in fase post-operatoria rientra nel progetto "Ospedale senza dolore", il quale nasce dalla constatazione che il dolore susseguente agli interventi chirurgici spesso viene trascurato nelle strutture sanitarie.

Nella fase post-operatoria il dolore costituisce una situazione di forte disagio fisico per l'utente, anche se limitato nel tempo. La sedazione di questo dolore viene spesso elargita con eccessiva parsimonia. Inoltre è lasciata a prescrizioni generiche spesso non calate nelle singole situazioni, mentre oggi è possibile ottenere un ottimo controllo personalizzato del dolore.

Nonostante si stimi che il dolore possa essere abolito, o almeno ridotto ad un'intensità tollerabile, recenti dati statistici riportano che negli ospedali italiani circa il 50% dei degenti soffre per dolore non controllato.

Progetti per realizzare l'"ospedale senza dolore" sono stati elaborati in vari Paesi europei ed americani e consistono nella trasformazione graduale degli ospedali esistenti in strutture dotate di un efficace sistema di monitoraggio e terapia del dolore, piuttosto che nella creazione di ospedali ad hoc. Un progetto su scala nazionale è stato messo a punto in Francia dove, nell'ambito del piano 1998-2000 di lotta contro il dolore, il Ministro della Sanità ha diramato direttive a tutti gli ospedali perché vengano attuate precise misure per combattere il dolore.

Recentemente anche il Ministro della Sanità italiano ha riunito una Commissione con il compito di studiare le modalità per andare verso "l'ospedale senza dolore", che si auspica possa preludere al lancio di un simile progetto anche nel nostro Paese.

Un progetto internazionale "verso l'ospedale senza dolore" viene attualmente coordinato dall'associazione "Ensemble contre la douleur" in diversi Paesi europei ed in Canada. In Italia, dopo le prime esperienze condotte all'ospedale di Vicenza ed in due strutture oncologiche milanesi (Istituto Nazionale dei Tumori e Istituto Oncologico Europeo), un primo gruppo di ospedali di varie regioni ha iniziato l'attuazione del progetto in modo uniforme e coordinato .

E' da precisare che un progetto di questo tipo deve avere una durata di svolgimento piuttosto lunga, dato che si tratta di modificare atteggiamenti radicati nella pratica medica. Deve inoltre articolarsi in varie fasi: rilevazioni statistiche, formazione degli operatori, elaborazione di protocolli di attività, verifica dei risultati.

· Il dolore nel parto

Per quanto attiene al problema del dolore nel parto, il CNB torna, per ampliarle, sulle considerazioni del precedente documento *Gravidanza e parto sotto il profilo bioetico* (aprile 1998). In quella sede il CNB aveva rilevato che, nonostante le chiarificazioni teoriche, rintracciabili anche nella dottrina della Chiesa cattolica, che hanno escluso un vincolo etico tra parto e dolore della donna, non c'è stato un adeguato riscontro nella pratica, che continua a essere lontana dalla promozione del "parto indolore". Nel

documento del 1998 ci si limitava a riportare il confronto tra due linee di pensiero, senza le considerazioni di carattere medico e bioetico a esse sottostanti: da un lato ci sono coloro che ritengono la sofferenza da parto una componente inscindibile dell'evento nascita (che può essere attenuata con interventi di preparazione al parto), dall'altro coloro per i quali una vera umanizzazione della nascita non può ottenersi in presenza della sofferenza e del dolore, per cui auspicano l'impiego della moderna analgesia ostetrica attualmente penalizzata da un'insufficiente organizzazione ospedaliera.

Data la specificità del presente documento sull'analgesia del parto e vista la letteratura sull'argomento che riporta dati sempre più numerosi, si è ritenuto di ampliare le riflessioni sul tema. In realtà, la compatibilità di queste tecniche analgesiche con un parto naturale e spontaneo, l'efficacia della sedazione del dolore realizzata con anestesia epidurale, la diffusione sempre più ampia di questa modalità di partorire (70% nel Regno Unito ed in Francia contro il nostro 15-20%), la razionalizzazione delle metodiche, il grado di sicurezza che offrono per la madre e per il neonato (i rischi sono prevalentemente imputabili ad una prassi non corretta) autorizzano a considerare questo tipo di analgesia applicabile, efficace ed accettabile pur con i rischi che sono propri della medicina e delle applicazioni conseguenti, non esclusi quelli di tipo organizzativo che si auspica vengano superati.

I processi culturali in atto fra le donne sono orientati per un verso contro la medicalizzazione di un atto naturale come il parto, e, per l'altro, ad evitare, attraverso l'intervento analgesico, il dolore. La

decisione di quale strada intraprendere deve essere riservata ad ogni singola donna sulla base di un'informazione corretta sui vantaggi, i rischi e le possibilità delle due soluzioni.

Il dolore del parto ha caratteristiche del tutto peculiari perché si verifica in un organismo sano, ha una sua durata, dopo di che ritorna il benessere e sopravviene la gratificazione della nascita. Di fronte alla scelta di come partorire ci sono donne che preferiscono assecondare il processo naturale del nascere nella sua completezza accettandone anche la parte dolorosa. All'interno di questa scelta, viene fatto rilevare che, se è vero che il controllo del dolore può rendere il travaglio e il parto più gestibili da parte della donna e più pensabile, esprimibile, comunicabile e condivisibile la sua esperienza, è anche vero che questo dolore può avere una connotazione altamente positiva. Si tratta infatti di una sofferenza particolare: dotata di elementi vitali, di componenti passionali, di significati culturali di lunga durata.

Essendo chiaro che esistono diverse e giustificate possibilità di scelta, per quel che attiene le modalità del parto, è raccomandabile che le gestanti, prima di scegliere le modalità con cui intendono mettere al mondo il loro bambino, siano non solo informate ma anche debitamente sensibilizzate sulla portata delle loro opzioni, sui loro rischi e sulla loro praticabilità.

Per molte donne comunque il dolore del parto è un grosso scoglio da superare, un passaggio che assorbe molte energie limitando le possibilità di una partecipazione più concentrata e serena

all'evento, partecipazione che costituisce l'optimum da realizzare per le vie più varie.

L'analgisia (come peraltro ogni preparazione al parto), per realizzare al meglio questo fine, dovrebbe però far parte di un programma di assistenza alla gravidanza che si propone una visione globale del nascere e non porsi come un evento isolato, "scarsamente informato", che viene proposto in sala parto.

Con questa visione più ampia il ricorrere alla sedazione del dolore del parto non si porrebbe come alternativa al parto naturale, ma come mezzo che la medicina offre per compiere una libera scelta e per realizzare con la sedazione del dolore un maggior grado di consapevolezza e di partecipazione all'evento.

La realizzazione di tale progetto richiede una mobilitazione su vari piani.

Quello che attualmente si fa è lasciato alla buona volontà delle strutture nelle sue varie componenti. I servizi come numero di personale coprono le attività essenziali, laddove sarebbe necessario per realizzare un'analgisia 24 ore su 24 un servizio di Anestesia Ostetrica a tempo pieno. Il diritto della partorientente di scegliere un'anestesia efficace dovrebbe essere incluso tra quelli garantiti a titolo gratuito nei "livelli essenziali di assistenza".

· Il dolore in pediatria

La medicina del passato ha spesso ignorato o sottovalutato il dolore del neonato. Alcune pubblicazioni concernenti lo sviluppo neurologico del feto e del neonato, apparse su riviste scientifiche

degli anni '40-50, concludevano che la risposta neonatale agli stimoli dolorosi non fosse di tipo corticale e che quindi non venisse percepita la sensazione dolorosa. Ancora più fondata era ritenuta l'idea che nel neonato non potesse restare traccia mnestica delle esperienze dolorose, che anzi il suo sistema adattativo era tale che l' "insensibilità" lo proteggesse dall'intensa sofferenza al momento del parto. Il risultato di tale concezione è stato, in passato, una pratica assistenziale che non prevedeva la somministrazione di analgesici in occasione di pratiche invasive, comprese quelle chirurgiche.

Studi fondamentali sul dolore neonatale hanno portato alla raccomandazione, da parte dell'American Academy of Pediatrics, che tutte le procedure invasive e dolorose sui neonati, compresi quelli pretermine, e sui bambini dovessero essere praticate dopo un'analgia e anestesia appropriata. La documentazione di un inadeguato trattamento del dolore nei bambini ha portato alla realizzazione in altri paesi di unità operative e servizi che si dedicano specificamente alle necessità dell'età pediatrica. Questi servizi sono gestiti in modo interdisciplinare: pediatra, anestesista, infermiere e psicologo.

Nella letteratura internazionale sono emerse alcune importanti acquisizioni scientifiche che devono orientare l'assistenza: nel neonato il sistema neuroanatomico e neuroendocrino sono sufficientemente maturi per la percezione di qualsiasi stimolo doloroso; l'esposizione a sensazioni dolorose intense può favorire l'incremento di morbosità neonatale; i bambini che hanno avuto esperienze di dolore nel periodo neonatale reagirebbero in maniera

più stressante a eventi dolorosi nelle età successive; è necessario addestrarsi a saper cogliere e valutare i comportamenti derivanti dalla sensazione di dolore nel neonato; l'assenza di risposte evidenti agli stimoli dolorosi (compresi il pianto e l'agitazione) non indica necessariamente l'assenza di percezione del dolore. E' ormai accertato che un'analgesia incompleta può causare effetti negativi sul comportamento a lungo termine. Inoltre risulta che interventi confortevoli nei confronti di neonati pretermine nelle unità di terapia intensiva riducono lo stress e favoriscono un migliore esito clinico.

La conoscenza dei comportamenti e dei cambiamenti fisiologici del bimbo correlati con il dolore è anche essenziale perché si possa riconoscerlo. L'approccio generale al controllo del dolore nel bambino dovrebbe comportare: 1) sapere che il neonato prova dolore (ciò che fa male ad un adulto fa male al neonato); 2) prestare attenzione a comportamenti che possono essere segno di disagio; 3) minimizzare gli stimoli nocivi (procedure dolorose, manovre); 4) usare anestesia locale per procedure, come drenaggi toracici, puntura lombare, aspirato midollare.

5. Orientamenti formativi

Il cambiamento di cultura riguardo al controllo del dolore richiede interventi tanto sul versante degli operatori sanitari, quanto sull'insieme della popolazione. I sanitari sono tenuti ad acquisire e a tener conto del punto di vista dell'utente – i suoi valori, le sue preferenze, la sua concezione della vita e della salute – nelle decisioni cliniche. La quantità dell'impegno antalgico, considerata in

rapporto con le limitazioni che può comportare per la coscienza e per la stessa durata della vita, va valutata alla luce dell'idea di "qualità della vita" che ogni persona ha il diritto di formulare per sé. Favorire la consapevolezza e la responsabilità nei confronti della richiesta della terapia del dolore costituisce una dimensione essenziale nella promozione dei diritti umani, anche in condizioni di malattia e di bisogno. La terapia del dolore, in altre parole, fa parte integrante di ciò che una persona può e deve aspettarsi dalla medicina e dai servizi sanitari.

In questa prospettiva, il diritto ad avere una terapia antalgica efficace è solo un elemento di una strategia più ampia, che è necessario promuovere. Dare voce al dolore, facendone oggetto di comunicazione nel contesto del rapporto clinico, è una fondamentale strategia antalgica. Anche le spiegazioni religiose e mitiche del dolore, che tutte le culture hanno elaborato, e gli esempi su cui modellare il proprio comportamento col dolore possono completare l'azione dei farmaci. La risposta medica al dolore si integra con quella culturale, di cui costituisce una parte

PLACEBO

L'effetto placebo, oltre che per altri eventi quali allergie o asma, è per il dolore piuttosto alto. Si calcola che oltre il 20% dei soggetti possa avere un effetto benefico dalla somministrazione di placebo.

Si ritiene tuttavia che la somministrazione di placebo sia anti-etica, in quanto è verosimile che l'effetto placebo possa sommarci

all'effetto proprio del farmaco e che la disponibilità attuale di molecole valide non giustifichi assolutamente tale pratica.

Unica eccezione a questa regola riguarda i bambini. Se eseguito all'interno di una linea guida e di un controllo attento ed accurato, ed abbinato a tecniche non farmacologiche,

CONCLUSIONI

Quindi i farmaci rappresentano un'arma fondamentale, irrinunciabile ed essenziale nel più vasto panorama della lotta dell'uomo contro il dolore. Non si ritiene di poter fare nessuna concessione all'affermazione che il dolore, di qualsiasi tipo, rappresenti un valore di per sé. Il suo unico senso è quello di avvertire l'organismo "che qualcosa non va", quindi una volta identificata la causa del dolore, o messe in atto le procedure clinico-diagnostiche per identificarla, la sua persistenza non ha più senso e l'uomo ha diritto di liberarsene.

Si può sostenere inoltre che sussista un obbligo di intervento anche laddove manchi una chiara richiesta, essendo dimostrato che il sintomo-dolore venga più trascurato nei soggetti cognitivamente svantaggiati: anziani, portatori di patologie mentali o danni neurologici o anche appartenenti a culture o etnie diverse.

L'infermiere non ha a sua disposizione solo l'uso del farmaco, ma può avvalersi di tecniche relazionali ed educative che aiutano la persona a vivere consapevolmente la sua situazione e a non subirla passivamente.

Innanzitutto si fa riferimento alla educazione dell'utente rispetto alla conoscenza delle cause che determinano il dolore, i metodi di valutazione e misurazione, gli obiettivi della terapia, le scelte terapeutiche, le aspettative che è opportuno avere rispetto alla terapia del dolore, gestione della terapia analgesica, tecniche di autocura come l'uso del calore, del freddo, il massaggio, il rilassamento, la distrazione.

Alcuni contenuti educativi dovrebbero essere trasmessi prima di intraprendere terapie o procedure particolari.

Tutto ciò ribadisce l'opportunità di gestire la persona con una serie di interventi finalizzati a renderla consapevole e cosciente del percorso che sta conducendo nell'ambito della patologia e/o del ricovero.

Gli interventi psicoeducativi, realizzati sul malato chirurgico, includono le informazioni sulla preparazione all'intervento, i tempi delle procedure, le funzioni ed i ruoli di coloro che gli prestano assistenza, le azioni di autocura, le informazioni riguardanti il dolore ed il disagio, l'insegnamento di come tossire, gli esercizi respiratori, gli esercizi al letto, esercizi di rilassamento, ipnosi, rivalutazione cognitiva, identificazione ed alleviamento delle preoccupazioni, rassicurazione, problem-solving con l'utente, domande di incoraggiamento, aumento della frequenza del supporto.

Le strategie non farmacologiche possono essere accompagnate anche da terapie tradizionali.

Si sottolinea inoltre l'importanza di garantire un ambiente terapeutico: la temperatura dovrebbe essere confortevole ed i rumori ambientali dovrebbero essere minimizzati.

Si deve assicurare una postura corretta ed antalgica, il mantenimento della cute asciutta e pulita.

Occorre valutare l'opportunità di ricorrere ad interventi quali bagni o docce, se in passato sono stati d'aiuto e toccare, rivolgersi alla persona in modo rassicurante.

Dare la possibilità alla persona di parlare al proprio ministro di culto se desiderato.

Si conclude affermando che, sapere erogare un'assistenza olistica può aiutare notevolmente il malato nella gestione del dolore.

Interventi propri dell'agire infermieristico possono rafforzare la persona nei confronti del dolore e della sua gestione.

BIBLIOGRAFIA

- ◆ **www.feliceapicella.it**
Breve corso sul trattamento del dolore post operatorio

- ◆ **www.evidencebasednursing.it**
DOLORE, POST OPERATORIO: Trattamento non farmacologico del dolore.
DOLORE, VALUTAZIONE: Le scale di valutazione del dolore.
DOLORE, VALUTAZIONE: Sistemi di valutazione del dolore.
DOLORE: Aspetti antropologici.

- ◆ **www.ospedale.treviglio.bg.it**
ASPETTI PSICOLOGICI NEL DOLORE
FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE NEOPLASTICO
EPIDEMIOLOGIA DEL DOLORE

- ◆ **www.geragogia.net**
Fisiopatologia del dolore in età geriatrica

- ◆ **www.governo.it**
Comitato nazionale per la bioetica

- ◆ **www.mybestlife.com/ita_salute**
Riconoscere i dolori e limitare la sofferenza