

IL DOLORE IN AREA MEDICA

Il dolore in area medica rappresenta uno dei principali problemi sanitari a livello mondiale sia per l'invecchiamento della popolazione sia per l'aumento delle patologie cronico degenerative (osteoarticolari, neurologiche e vascolari) e dei tumori. I malati affetti da tali condizioni sono assistiti oltre che in ambienti "dedicati" anche nelle unità operative di medicina, geriatria, lungodegenza e sul territorio, quindi le competenze sulla gestione del dolore devono necessariamente far parte del bagaglio culturale e professionale del personale medico-infermieristico afferente a tutti i reparti con approccio clinico integrato. E' noto infatti che il controllo del dolore consente di ottenere una ricaduta positiva sull'outcome del paziente, una migliore risposta terapeutica della patologia di base, consente di prevenire invalidità secondarie o ottenere un significativo miglioramento della qualità di vita.

Azioni intraprese:

Obiettivo 1: rilevazione del dolore in tutti i pazienti ricoverati e sensibilizzazione del personale sanitario

2011: Audit cartelle cliniche sulla rilevazione del dolore in tutti i pazienti ricoverati nei reparti afferenti al Dipartimento medico all'ingresso, nel corso della degenza e alla dimissione

Dati complessivi

Totale cartelle esaminate 1245 di cui 171 pz.oncologici

Rilevazione in cartella score dolore all'ingresso **72%**

Score 0: 55% 1-3: 15% 4-6: 15% 7-10: 15%

Riduzione dello score alla dimissione se all'ingresso >0 **94%**

Terapia impostata correttamente nei pazienti con dolore **56%**

Utilizzo FANS/Oppiacei/Nessuna terapia:

Score 1-3 FANS 20% Oppiacei 20% Ass: 5% No Tp : 55%

Score 4-6 FANS 18% Oppiacei 30% Ass: 10% No Tp : **42%**

Score 1-3 FANS 27% Oppiacei 33% Ass: 18% No Tp : **22%**

2013: Re-audit cartelle cliniche sulla rilevazione del dolore

Totale cartelle esaminate 803 di cui 171 pz.oncologici

Rilevazione in cartella score dolore all'ingresso **99,5%**

Score 0: 25% 1-3: 25% 4-6: 30% 7-10: 20%

Riduzione dello score alla dimissione se all'ingresso >0 **96%**

Terapia impostata correttamente nei pazienti con dolore **77%**

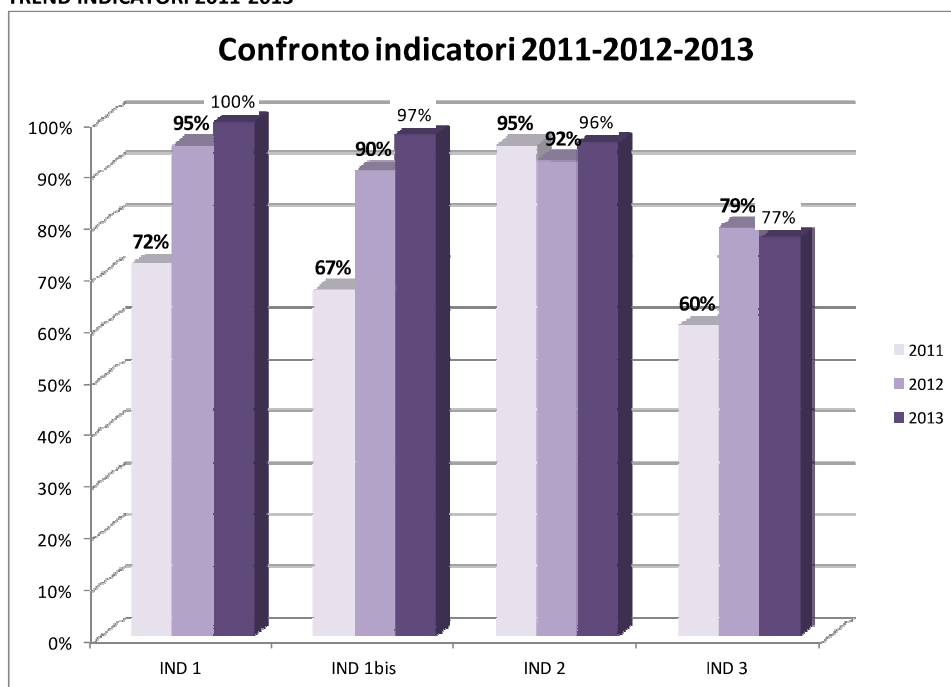
Utilizzo FANS/Oppiacei/Nessuna terapia:

Score 1-3 FANS 8% Oppiacei 15% Paracetamolo: 27% Ass: 15% No Tp: 8%

Score 4-6 FANS 11% Oppiacei 16% Paracetamolo: 33% Ass: 10% NoTp: 2%

Score 1-3 FANS 10% Oppiacei 25% Paracetamolo: 18% Ass: 18% NoTp: 0%

TREND INDICATORI 2011-2013



1) presenza della rilevazione del parametro a tutti i pazienti all'ingresso

1bis) nei pazienti con dolore cronico (score all'ingresso >0) quanti avevano una rilevazione del valore numerico del parametro all'ingresso e alla dimissione

2) Efficacia della terapia: nei pazienti con dolore registrato all'ingresso e all'uscita (con score dolore all'ingresso >0), quanti avevano lo score dell'uscita calato

3) nei pazienti con dolore cronico (con score dolore all'ingresso >0) verifica se la terapia è stata impostata correttamente secondo protocollo (orari fissi+rescue dose)

Obiettivo 2: revisione e aggiornamento della procedura

2014: Revisione e Aggiornamento della procedura "Valutazione e Trattamento del paziente adulto con dolore cronico" e degli allegati fra cui "Strategie di approccio diagnostico" "Schemi di Trattamento e "Raccomandazioni e strategie di trattamento per il dolore cronico nel paziente dializzato"

ANZIANI E DOLORE

L'Italia è fra i Paesi con la più alta percentuale di anziani. La diminuzione della mortalità che si è registrata negli ultimi decenni ha prodotto un aumento degli anziani senza precedenti che segna inevitabilmente un cambio di bisogni di salute della popolazione. L'approccio al dolore nell'anziano rappresenta una sfida difficile, per la difficoltà interpretativa, talvolta per l'inaffidabilità descrittiva e infine per la scelta del trattamento, subordinata alla valutazione globale e al rischio di effetti collaterali, che nei pazienti multiproblematici e pluritrattati è sempre presente

Fra i soggetti con età superiore ai 65 anni, il 50% presenta morbidità croniche multiple, con conseguenti problemi di mobilità o difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana in almeno il 40% dei casi. Dei soggetti con più di 70 anni, il 10% ha uno stato di salute instabile, affetto da comorbidità complesse e va incontro a un rapido deterioramento delle capacità fisiche e cognitive. La fragilità, nella sua definizione più semplice⁶, è uno

stato di maggiore vulnerabilità dell'individuo agli stress il cui elemento fondamentale è la precarietà dell'equilibrio psico-fisico

E' necessario, soprattutto in ambito residenziale e ospedaliero, ridurre le condizioni predisponenti al dolore quali il contenimento motorio, i presidi e rallentare la progressiva compromissione dei tradizionali domini della fragilità (nutrizionale, emotivo, cognitivo, biofunzionale e socio-tutelare). Il controllo del dolore può essere proprio "l'elemento primario" per innescare la spirale virtuosa dell'inversione di questa tendenza a comportamenti di astensione-rifiuto.

L'anziano, soprattutto quando fragile, può convivere con il dolore manifestandolo solo indirettamente. Il dolore acuto è accompagnato da segni fisici e risposte emozionali caratterizzate da ansia, depressione, alterazioni del sonno che si influenzano e si potenziano innescando una condizione di dolore neuropatico cronico.

Per l'altro esiste un dolore negato, quello misconosciuto, considerato ineluttabile e talora accompagnato da un'esagerata riluttanza a somministrare antidolorifici maggiori (oppiofobia). E' in questi contesti difficili che l'alleanza professionale tra medici specialisti e MMG può modificare la qualità di vita delle persone anziane.