

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

CORSO DI FORMAZIONE

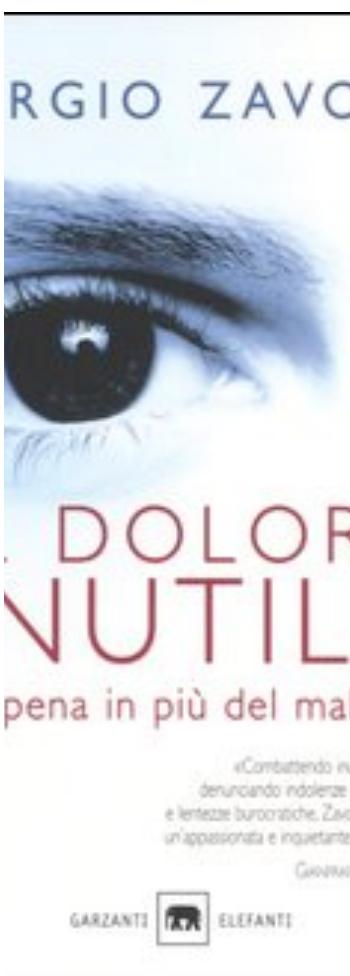
per specialisti ambulatoriali convenzionati
dell'Azienda USL di Bologna

Gestione del dolore: le politiche
aziendali e il Comitato Ospedale
Territorio senza dolore

Stefania Taddei

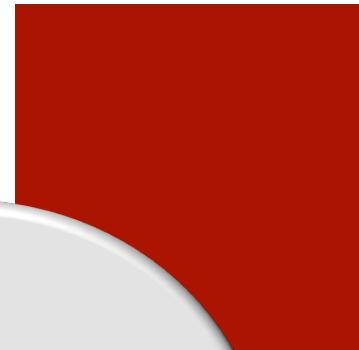


Casa della Salute

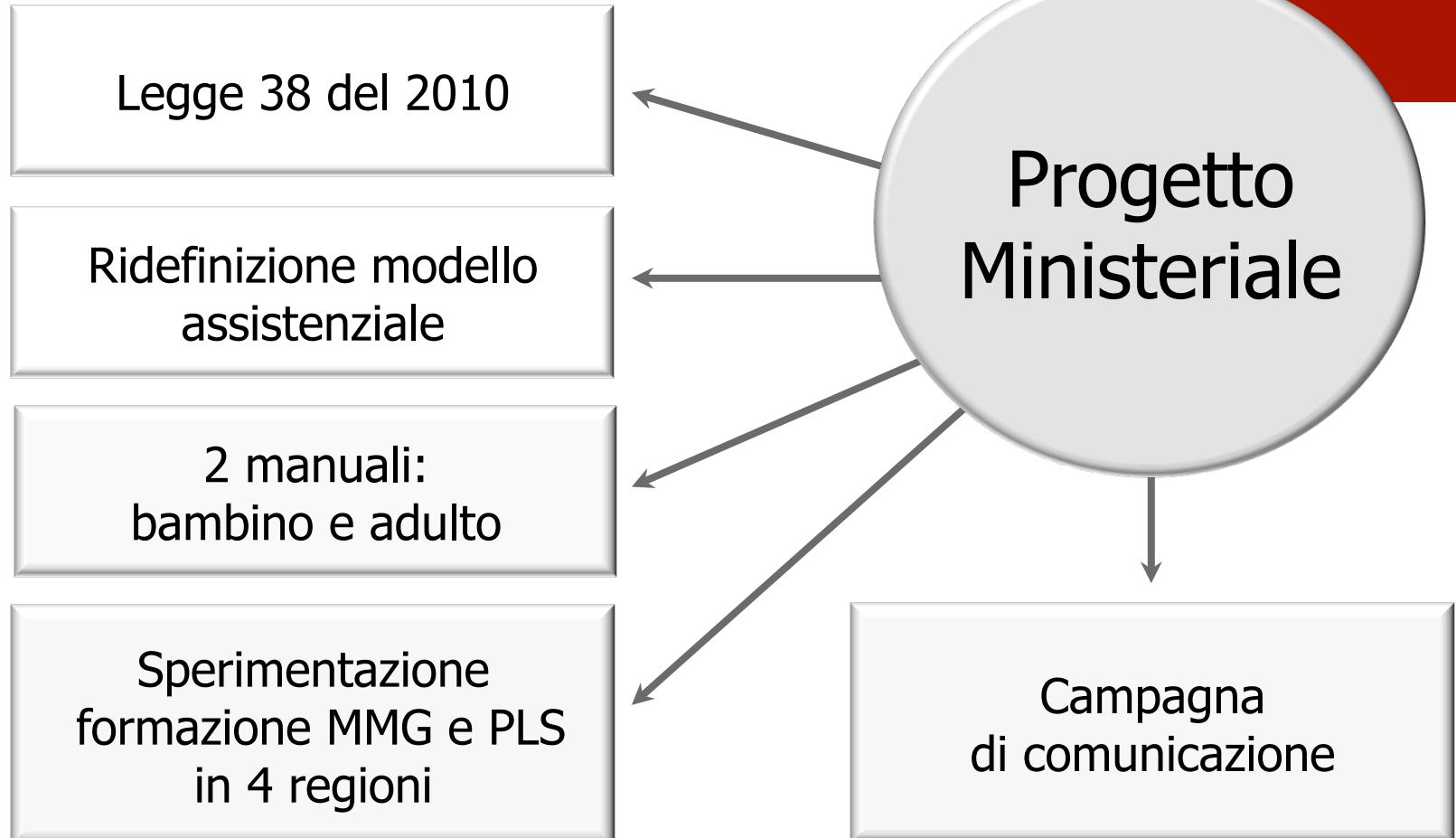


Le istituzioni e il dolore

- Ministero della Salute
- Regione Emilia Romagna
- Azienda USL
- I professionisti
- Le associazioni



Progetto Ministeriale



I PARADIGMI

- Vivere senza soffrire inutilmente oggi è possibile
- E' un diritto di tutti i cittadini accedere alle terapie idonee (legge 38 del 18-3-2010)
- Pregiudizi, scarsa cultura e rassegnazione sono nel nostro paese i reali impedimenti

La legge 38, 15 marzo 2010

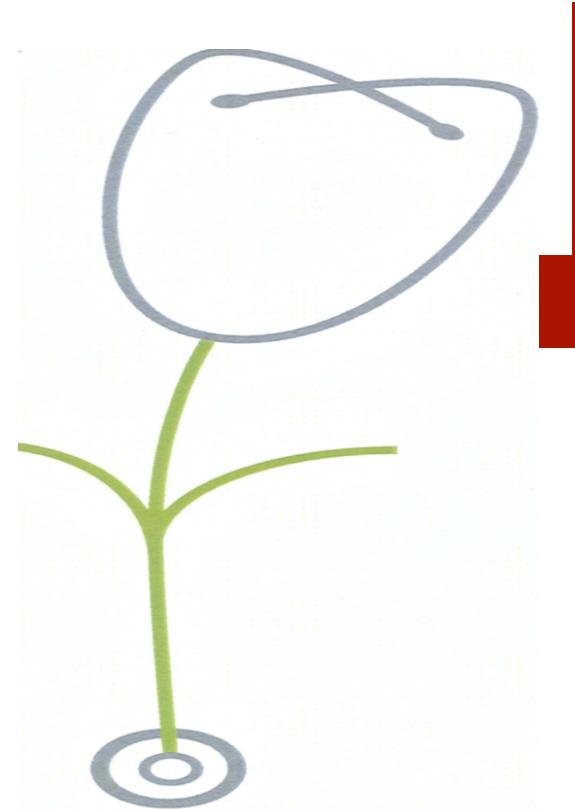
- Art. 1 La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore
- L' accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore deve essere assicurato e garantito per il rispetto della dignità della persona, il bisogno di salute, l' equità dell' accesso all' assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza

Legge 38, 15 marzo 2010: la comunicazione

- Art. 4 : la divulgazione e l' informazione
- Campagne d' informazione per i cittadini sulle modalità di accesso alle prestazioni previste per legge
- Obiettivo: promuovere la cultura della lotta al dolore e il superamento del pregiudizio relativo all' uso di farmaci opioidi



LO SLOGAN, IL LOGO



■ Non ti sopporto più



Ministero della Salute
www.salute.gov.it

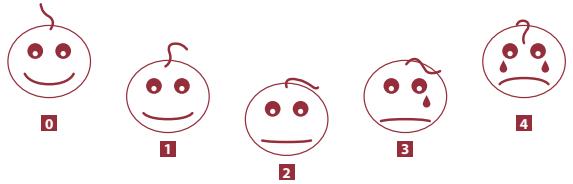


NON PIÙ SOLI NEL DOLORE

Cure palliative, un riparo sicuro di calore umano e scienza medica

La legge 38/2010 tutela l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Scala pediatrica



22702_Regione_ER_Righello_Dolore2011.indd 1

11/05/11 11:16

A cura di:

**Comitato per la lotta al dolore
della Regione Emilia-Romagna:**

Elena Marii
(Coordinatrice, Assessorato politiche per la salute).

Responsabili Comitato

Ospedale-territorio senza dolore:

Fabrizio Micheli
(Azienda Usl di Piacenza);

Giuliano Vezzani
(Azienda Usl di Parma);

Giovanni Pagliarini
(Azienda Usl di Reggio-Emilie);

Sergio Calvosa
(Azienda Usl di Modena);

Stefania Taddei
(Azienda Usl di Bologna);

Gianni Rossi
(Azienda Usl di Imola);

Franco Gilli
(Azienda Usl di Ferrara);

Virgilio Ricci
(Azienda Usl di Ravenna);

Marco Maltoni
(Azienda Usl di Forlì);

Fabio Pivi
(Azienda USL di Cesena);

Fulvio Fracassi
(Azienda Usl di Rimini);

Maria Pompea Bernardi
(Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma);

Elda Longhitano
(Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena);

Simonetta Baroncini
(Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna);

Teresa Matarazzo
(Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara);

Antonio Pistilli
(Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia);

Stefano Bonarelli
(Istituto Ortopedico Rizzoli);

Roberto Pederzini
(Istituto di Riabilitazione di Montecatone).

Redazione a cura di:

Marta Fin
(Agenzia di informazione e comunicazione, Assessorato politiche per la salute);

Elena Marii
(Assessorato politiche per la salute).

Maggio 2012

Valutiamo
insieme il
dolore



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Scala di valutazione numerica

NESSUN DOLORE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MASSIMO DOLORE

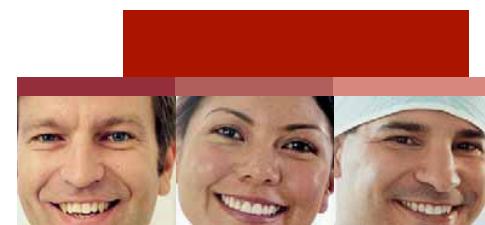


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Valutiamo insieme il dolore



Regione Emilia-Romagna



La cura del dolore è un dovere etico
e un esempio di buona pratica clinica.

Il dolore infatti si può considerare una malattia nella malattia in quanto peggiora la vita della persona ammalata, con effetti negativi sul piano fisico, psicologico, relazionale. Per diffondere la cultura e le terapie contro il dolore, il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna è impegnato da anni attraverso il progetto "ospedale – territorio senza dolore".

L'approvazione della legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" rappresenta una conferma delle scelte operate a suo tempo dalla Regione Emilia-Romagna.

L'ascolto degli ammalati è di fondamentale importanza per capire qual è la dimensione del dolore, la sua sopportabilità, i risvolti emotivi e relazionali e per decidere il tipo di trattamento.

Allo scopo di fornire un supporto ai tanti operatori impegnati quotidianamente nei servizi in ospedale, in ambulatorio, a domicilio, il Comitato per la lotta al dolore della Regione Emilia-Romagna, dopo un ampio confronto, per la misurazione del dolore ha scelto di adottare la scala numerica NRS (Numerical Rating Scale), già ampiamente diffusa, quale strumento utile da utilizzare in tutti i servizi ospedalieri, territoriali, domiciliari. In particolare per i bambini, lo stesso Comitato ha scelto uno strumento semplice e immediato: una scala che riporta il disegno di volti di bimbi sorridenti o piangenti, a seconda del grado di dolore provato.

Il risultato della misurazione del dolore è registrato nella cartella clinica del paziente, come ogni altro dato clinico di interesse.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna



Ospedali, hospice,
ambulatori dei Medici
di medicina generale e
dei Pediatri
di libera scelta,
assistenza domiciliare:
una rete di servizi
sensibili alla
sofferenza.

L'Emilia-Romagna contro il dolore

Il Servizio Sanitario regionale dell'Emilia Romagna considera la terapia del dolore un aspetto rilevante della cura.

Anche per questo, in ogni Azienda sanitaria sono presenti Comitati contro il dolore, coordinati da una Commissione permanente regionale.

L'Azienda USL di Bologna, tra le prime in Emilia Romagna, ha costituito sin dal 2001 il Comitato Ospedale e Territorio Senza Dolore, presente con i suoi rappresentanti in ciascuno dei suoi Dipartimenti Ospedalieri e nel Dipartimento di Cure primarie.

In questi anni il Comitato ha promosso e avviato alcune attività per rendere concretamente disponibili le terapie del dolore in tutti gli ospedali dell'Azienda Usl di Bologna.

Se provi dolore, il tuo primo punto di riferimento è il medico di medicina generale, che può fare una prima valutazione e indirizzarti, se necessario, ad uno specialista.

Quando sei in uno degli ospedali dell'Azienda Usl di Bologna, ricorda che hai diritto alla valutazione e, quindi, al trattamento adeguato del tuo dolore.

In tutti i reparti ospedalieri il personale infermieristico è a tua disposizione per la rilevazione del dolore.

Se devi sottoporsi ad intervento chirurgico, anestesisti e infermieri di tutti i reparti ospedalieri dell'Azienda Usl di Bologna sono a tua disposizione per il trattamento del dolore, prima, durante e dopo l'intervento.

Se sei al Pronto Soccorso in attesa di essere visitato e provi dolore, rivolgiti al personale medico e infermieristico e riceverai immediatamente il trattamento appropriato.

Nei punti nascita dell'Azienda Usl di Bologna si può partorire senza dolore. E' garantita sempre l'applicazione di tecniche di contenimento non farmacologico del dolore e se hai meno di 26 anni o hai già compiuto 38 anni puoi avere gratuitamente l'analgesia epidurale. Il trattamento è gratuito anche per le donne con patologie legate alla maternità o acquisite nel periodo di gravidanza, anche nella imminenza del parto.

PER INFORMAZIONI

Chiama il numero verde gratuito del Servizio sanitario regionale
Dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 17,30; il sabato dalle 8,30 alle 13,30

800 033 033



LIBERI DAL DOLORE

Il dolore ti allora
Ti sconforta
Fa di te un'altra
Ti rende fragile

Chiedi al tuo medico
o al tuo pediatra.
Ci facciamo carico del tuo dolore.
La tua guarigione, così, diventa
più rapida.



Giornata nazionale del sollievo 26 maggio 2013
Bologna Piazza Santo Stefano

Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del S.S.N

- Su indicazione del Presidente della Commissione parlamentare del Senato
- il nucleo dei Carabinieri dei NAS nella seconda metà del mese di luglio 2011
- ha effettuato delle ispezioni nei reparti di Chirurgia generale e Oncologia di tutti gli ospedali con un numero di posti letto superiore a 120 al fine di verificare l'attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2011.



■ Distinzione tra cure palliative e terapia del dolore

■ Due reti distinte ma integrate

Legge 38 - 15 marzo 2010: l'organizzazione

■ Art. 5 : la rete
della terapia
del dolore



- I tre nodi complementari
del modello di rete
assistenziale:
- Ambulatori dei MMG e PLS
 - Ambulatori di terapia
antalgica (spoke)
 - Centri di riferimento di
terapia del dolore (hub)

Legge 38 - 15 marzo 2010: l'organizzazione

- Art. 5 : la rete della terapia del dolore
- La rilevazione delle attività
- Identificazione delle figure professionali
- I requisiti minimi delle strutture
- Integrazione ospedale territorio

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 luglio
2009, n. 947

Requisiti per l'accreditamento delle Strutture di Terapia Antalgica

	Tipologia della struttura		
	Ambulatorio Terapia Antalgica	Hub I livello	Hub II livello
Attività Ambulatoriale minima per interni/esterni	18 ore/3 giorni	30 ore/settimana	60 ore/ settimana
Attività di consulenza ospedaliera		erogate entro le 24 ore	erogate entro le 24 ore
Attività in Day Surgery/Day Hospital/Degenza ordinaria	-----	2 p.l 2 giorni alla settimana	2 p.l 5 giorni alla settimana
Tipologia prestazioni		Almeno 2 prestazioni di alto livello	Almeno 5 prestazioni di alto livello
Consulenza antalgica per pazienti in assistenza domiciliare e hospice	X	X	X
Progetti di ricerca			X

Art 5 comma 3: Requisiti di accreditamento rete di terapia del dolore

■ Per Rete di Terapia del dolore si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali che soddisfa contemporaneamente i seguenti requisiti:

1. Struttura organizzativa regionale di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore
2. Strutture di erogazione della Rete di Terapia del dolore
3. Tutela del cittadino ad accedere alla terapia del dolore
4. Continuità delle cure
5. Operatività di équipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'Art. 5 Comma 2
6. Formazione continua per gli operatori
7. Misurazione della Qualità di vita
8. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia della persona assistita
9. Programmi di informazione alla popolazione sulla terapia del dolore
10. Programmi di valutazione delle prestazioni e sistema informativo regionale

ATTUAZIONE LEGGE N.38 del 15 marzo 2010
“Disposizioni per garantire l’accesso alle cure
palliative e alla terapia del dolore”



Ufficio XI - Monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore

- I Compiti della struttura di monitoraggio ministeriale
 - Verificare lo stato di realizzazione della rete assistenziale;
 - Monitorare l'utilizzo di farmaci per la terapia del dolore ed in particolare gli oppiacei;
 - Monitorare le attività regionali e nazionali di formazione, informazione e ricerca;
 - Operare il controllo sulla qualità delle prestazioni erogate.

La formazione e la sensibilizzazione

- Discipline “Orfane” di scuole di specializzazione
- Master Universitari
- Formazione dei MMG “a cascata”
- PO Regionali finanziati
 - Il dolore nel bambino
- Progetti formativi Dipartimenti Ospedalieri e Di Cure Primarie

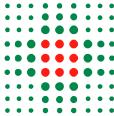
Il monitoraggio della rete regionale

GIUNTA REGIONALE

Atto del Dirigente:	DETERMINAZIONE n° 1846 del 04/03/2013
Proposta:	DPG/2013/1059 del 04/02/2013
Struttura proponente:	SERVIZIO PRESIDI OSPEDALIERI DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
Oggetto:	NOMINA DEI COMPONENTI DEL GRUPPO REGIONALE DI COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE, IN ATTUAZIONE DELLA DGR N. 967 DEL 04/07/2011 - MODIFICHE ALLA COMPOSIZIONE STABILITA CON DETERMINAZIONE N. 13710/2011
Autorità emanante:	IL DIRETTORE - DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
Firmatario:	TIZIANO CARRADORI in qualità di Direttore generale

Legge 38 - 15 marzo 2010: cambiano i ruoli

- Art. 6 : il Progetto Ospedale territorio senza dolore
 - Il ruolo del MMG e del PLS
 - La ricostituzione del COTSD



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

DELIBERAZIONE

N. 448

DEL 29/12/2010

Il Direttore Generale, nella sede dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – Via Castiglione, 29 – nella data sopra indicata, alla presenza del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ha assunto la presente deliberazione:

OGGETTO: COSTITUZIONE DEL COMITATO OSPEDALE E TERRITORIO SENZA DOLORE DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA



La legge 38, 15 marzo 2010: Il dovere dei professionisti

- Art.7:
rendicontazione
del dolore in
cartella clinica e
registrazione del
trattamento e
dei risultati
- Le caratteristiche e
l'evoluzione del dolore
devono essere indicate
nella cartella medica e
infermieristica
- Le strutture hanno
facoltà di scegliere gli
strumenti più adeguati,
tra quelli validati, per la
valutazione e rilevazione
del dolore

La legge 38, 15 marzo 2010: l'impegno formativo

- Art.8:

formazione dei
professionisti

- Percorsi formativi in cure palliative e terapia del dolore
- Master universitario nelle stesse materie
- Aggiornamento continuo su percorsi assistenziali multidisciplinari

La legge 38, 15 marzo 2010: l'impegno di Regioni e Ministero

■ Art.9: Monitoraggio Applicazione della legge

- prescrizione e utilizzo dei farmaci nella terapia del dolore, in particolare gli oppiacei
- lo sviluppo e lo stato di avanzamento delle due reti
- le prestazioni erogate e gli esiti delle stesse
- le attività di formazione e le campagne di informazione a livello nazionale e regionale
- le attività di ricerca

Monitoraggio di applicazione della legge



*COMANDO CARABINIERI PER LA TUTELA DELLA SALUTE
N.A.S. di BOLOGNA*

Via M.L. King n.38/3 - C.A.P. 40132 - Tel. 051/400057 - 6415578 (Fax)E-mail
ccBOnasCDO@carabinieri.it

N.9/22-5-1 (180) di prot. "P"

Bologna, 18 luglio 2011.-

Q ——— La Commissione parlamentare in oggetto, in accordo con il Ministro della Salute ha delegato il Comando Carabinieri per la Tutela della Salute, cui questo Nucleo appartiene, a svolgere mirati accertamenti presso tutte le strutture ospedaliere nazionali, che riuniscono determinate caratteristiche quali-quantitative, allo scopo di verificare l'attuazione della normativa nazionale in materia di "Terapia del dolore" le cui linee guida, venutesi a delineare inizialmente con l'Accordo del 24.5.2001 tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome con il progetto "Ospedale senza dolore", sono state recentemente definite con la Legge 15.3.2010, n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" che ha, tra l'altro, introdotto una serie di principi fortemente innovativi in materia.

Ciò posto, al fine di permettere a questo Nucleo, entro la giornata di lunedì 25 luglio p.v., di

La V Commissione Consiliare Comune di Bologna

Direzione Generale

Da: "CommCons05" <CommCons05@comune.bologna.it>
A: "Eno Quargnolo" <Eno.Quargnolo@comune.bologna.it>
Cc: <direzione.generale@ausl.bologna.it>
Data invio: martedì 31 gennaio 2012 09:52
Allega: OdG53-2012terapiedeldolore.pdf
Oggetto: V Commissione Consiliare : seduta di Venerdì 3 Febbraio ore 09.00

Gentilissimi,
preannuncio che il 3 Febbraio alle ore 09.00 si terrà una seduta della V Commissione avente ad oggetto " le terapie del dolore " per quanto all'OdG 53/2012 presentato dal Consigliere Errani.
Sarà presente un delegato del Direttore Generale AUSL Dott. Ripa di Meana. Il Presidente Caviano chiede la partecipazione del Dott. Eno Quargnolo. Seguirà la convocazione.

Cordiali saluti.

Enzo Di Palma

Segreteria V Commissione Consiliare

" Sanità, Politiche Sociali,Sport, Politiche Abitative "

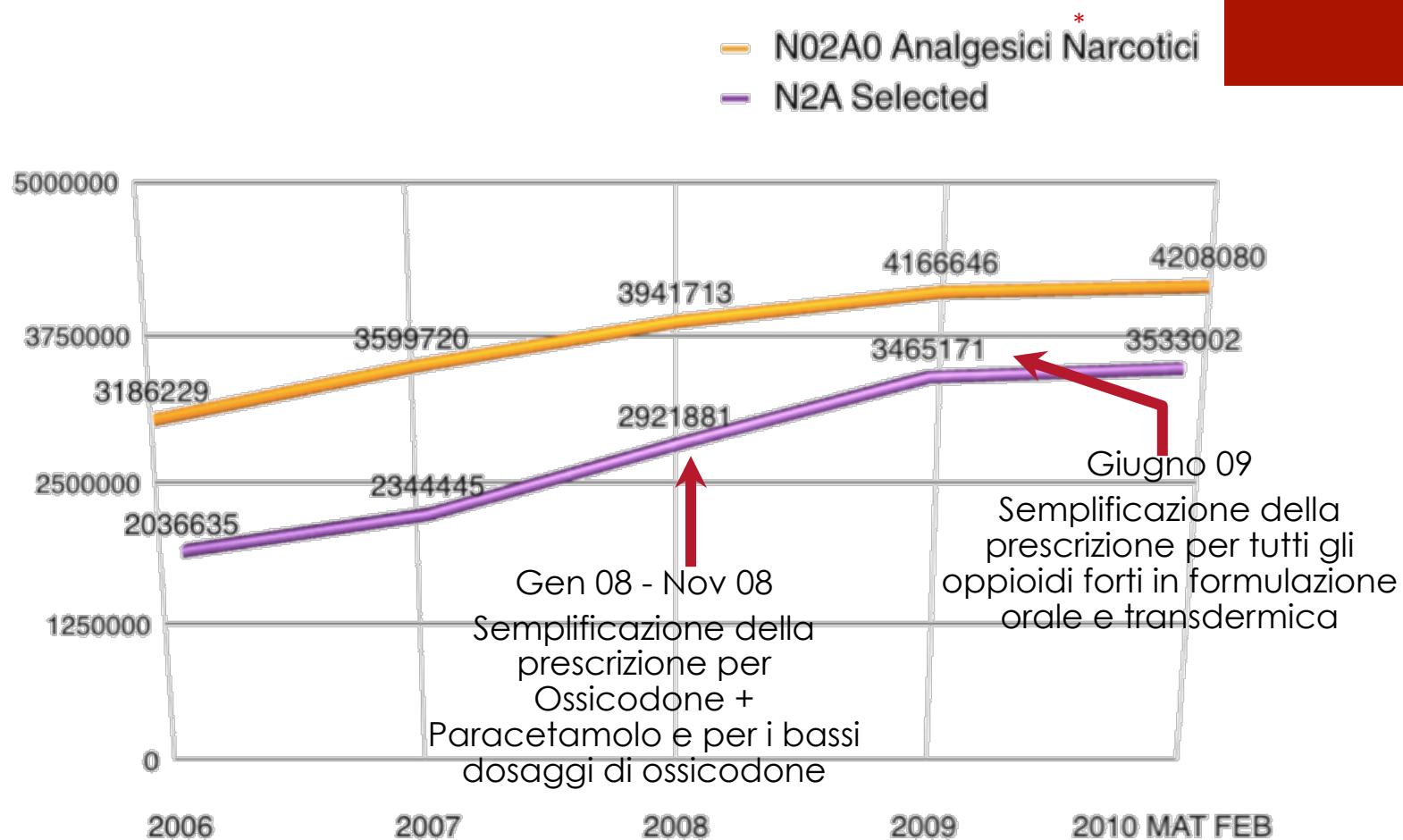
P.zza Maggiore, 6 - 40124 Bologna

tel. 051 219 4518 - fax 051 219 3872

La legge 38, 15 marzo 2010: la semplificazione prescrittiva

- Art.10:
semplificazione
della prescrizioni
degli oppiacei
- Modificati alcuni articoli
del Dpr 309/90
- Possibilità di prescrivere gli
oppiacei orali e
transdermici contro il
dolore severo con ricetta
normale senza più dover
ricorrere al ricettario
speciale

Mercato degli Oppioidi Forti* la semplificazione prescrittiva



* Escluso metadone – Fonti dati ISS

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- il Prontuario terapeutico regionale, elenco-tipo di cui all'art. 32 della già citata L.R. 19/82 e successive mod., adottato con Delibera di Giunta Regionale e di natura giuridica vincolante per la costruzione dei Prontuari terapeutici provinciali, in quanto i PTP possono contenere solo farmaci che siano già inseriti all'interno del PTR;
- i Prontuari terapeutici provinciali, elenchi di medicinali di cui all'art. 32 della già citata L.R. 19/82, adottati dalle Aziende sanitarie della regione, vincolanti per la prescrizione nelle strutture delle Aziende USL, delle Aziende ospedaliere, delle Aziende ospedaliero - universitarie e degli Istituti di ricovero e cura, in regime di degenza, nella continuità assistenziale ospedale-territorio e in tutte le articolazioni dell'erogazione diretta previste dalla legge 405/2001;

I primi risultati della legge

- Forte richiesta di formazione e aggiornamento
- La legge è patrimonio di conoscenza comune
- Il punto di vista dei pazienti e dei medici è ancora divergente
- Fragilità dei centri dedicati alla terapia del dolore

SERVIZIO PRESIDI OSPEDALIERI
IL RESPONSABILE
EUGENIO DI RUSCIO

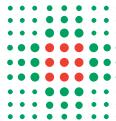
Il Progetto “Ospedale-territorio senza dolore” in armonia con le Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l'anno 2013 (DGR n. 653/2012 del 21 maggio 2012) ha l'obiettivo di *Consolidare i processi di cure palliative e di terapia del dolore* favorendo il maggiore coordinamento dei diversi setting assistenziali, e il miglioramento dell'informazione e comunicazione alla persona malata con iniziative di sistema sulla lotta al dolore .

del dolore, potenziamento dell'informazione e comunicazione al malato e ai cittadini con partecipazione alle iniziative regionali della Giornata del sollievo 2013. Su quest'ultimo aspetto seguirà una specifica circolare della nostra direzione generale.

Nel riportare di seguito gli obiettivi individuati per l'anno in corso, di consolidamento di quelli già previsti per il 2012, si ricorda che ogni Azienda deve elaborare almeno un Percorso integrato ospedale-territorio di terapia del dolore di livello provinciale (es. cefalea, dolore vertebrale, dolore oncologico, dolore vascolare, dolore pediatrico ...).

Attività 2012-2013

- Audit dolore in area medica
- Audit dolore in area pediatrica
- Audit dolore post-operatorio
- Trattamento anticipato in Pronto Soccorso
- Rete oncologica ospedale territorio
- Criteri condivisi con AOU per l' accesso alla partoanalgesia in epidurale



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna



ANALGESIA EPIDURALE AL PARTO

Ospedale Maggiore
di Bologna

Policlinico
S.Orsola-Malpighi

Ospedale
di Bentivoglio

a cura di Comunicazione e relazioni con il cittadino -Azienda USL di Bologna

**L'ANALGESIA EPIDURALE AL PARTO È DISPONIBILE GRATUITAMENTE
PER TUTTE LE DONNE IN GRAVIDANZA CON:**

Patologia materna di grado moderato-severo

- dell'apparato respiratorio
- dell'apparato cardiocircolatorio
- diabete insulino dipendente
- condizioni neuropsichiatriche severe
- epilessia
- obesità con BMI>35 al parto

Patologia materna severa acquisita in gravidanza

- ipertensione gestazionale
- pre-eclampsia

Patologie fetali severe attuali o pregresse

Età inferiore a 26 o superiore a 38 anni al momento del parto

**Condizioni che si manifestino nell'imminenza del parto, previa valutazione
condivisa dei clinici**

Le patologie devono essere documentate o certificate dallo specialista

Le donne in gravidanza che decideranno di partorire in analgesia epidurale dovranno prenotare la visita anestesiologica alla 30° settimana di gestazione telefonando al Punto Nascita prescelto

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA
dal lunedì al venerdì 08,30 - 13,00

tel.051 3172403

POLICLINICO S. ORSOLA-MALPIIGHI
dal lunedì al venerdì 09,30 - 12,00

tel.051 6364321

OSPEDALE DI BENTIVOGLIO
il giovedì e il venerdì 10:00 - 12:00

tel.051 6644629

Alla visita è necessario presentarsi con l'impegnativa del medico curante, la documentazione relativa ad eventuali patologie e i referti dei seguenti esami: ECG, Coagulativi, Emocromocitometrici

La visita anestesiologica è soggetta al pagamento del ticket con esclusione delle categorie esenti

Alle donne in gravidanza è offerto un percorso informativo svolto da medici e ostetriche del Punto Nascita

Obiettivi RER 2013

PROGETTO OSPEDALE -TERRITORIO SENZA DOLORE: OBIETTIVI AZIENDALI 2013 IN ATTUAZIONE L. 38/2010

Area chirurgica	Consolidare ed estendere il trattamento del DPO in tutte le Chirurgie generali e specialistiche.
Area oncologica	Coinvolgimento e copertura del 100% delle UO di Oncologia e Hospice e attivazione di percorsi di continuità assistenziale con le cure primarie.
Area medica	Rilevazione del dolore nelle UO di Medicina interna e specialistica con riferimento alle Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica
Area Cure primarie	Attivazione di percorsi di continuità assistenziale con le UO di Oncologia, DH Oncologico e Hospice con coordinamento tra operatori dei diversi setting assistenziali
Area Intensiva	Attivazione dei percorsi volti all'utilizzo di una scala di valutazione per i pazienti non collaboranti.
Area pediatrica	Coinvolgimento delle UO pediatriche per l'applicazione delle linee di indirizzo regionali e delle scale di valutazione dedicate ai bambini di età inferiore a 7 anni . Si conferma la priorità dell'applicazione delle linee di indirizzo regionali per l'Onco- ematologia.

Obiettivi RER 2013

Integrare la gestione del dolore nella pratica clinica e adottare strumenti comuni di misurazione e di integrazione	Adottare la scala numerica (NRS) quale strumento unico regionale per la misurazione del dolore in ospedale e sul territorio. Individuare almeno un referente infermiere/medico per ciascuna UO/ dipartimento. Obbligo di legge: indicare in Cartella Clinica la misurazione del dolore e il suo trattamento. Ogni Azienda dovrà elaborare almeno un Percorso integrato di terapia del dolore a livello provinciale (es. cefalea, dolore vertebrale, dolore oncologico, dolore vascolare, dolore pediatrico ...)
Applicare le norme sugli oppiacei	Utilizzo appropriato dei farmaci oppiacei in sintonia con le indicazioni regionali. Valutazione regionale sui consumi per azienda
Promuovere la Formazione continua	Promuovere la formazione aziendale e partecipare ai percorsi formativi regionali sul trattamento del dolore del bambino, della cefalea e dolore cronico rivolti in particolare ai MMG e PLS .
Promuovere l'informazione e la Comunicazione	Aggiornare l'informazione/comunicazione aziendale relativa ai servizi di centri di cure palliative e di terapia del dolore del numero verde 800 033 033 del SSR in coordinamento con l'URP aziendale

Obiettivi di Budget 2013



Migliorare la qualità delle cure

- a 1658 - Trattare il dolore

Monitoraggio a cura di: Alessandra Tassoni

- i 5840 - n. pazienti trattati entro 30' dall'arrivo in PS / totale pz. con dolore giunti in PS

>>> >=80% su base campionaria

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

DIPARTIMENTO MEDICO

- i 5841 - n. pz con registrazione dello score NRS a due ore dal rientro dalla SO/ totale operati (area chirurgica)

>>> >=70% (da audit)

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

ISTITUTO DEI FISCIENZE INFURIOLLOGICHE

- i 5843 - n. pz con scheda di monitoraggio compilata / totale pz. (area pediatrica)

>>> >=70% (da audit)

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

- i 5844 - n. cartelle con presenza di score dolore all'ammissione (area medica)/totale pz ammessi

>>> >=90% (da audit)

DIPARTIMENTO MEDICO

- i 5845 - n. cartelle con presenza score dolore alla dimissione / totale cartelle con score >0 all'ammissione (area medica)

>>> >=90% (da audit)

DIPARTIMENTO MEDICO

- i 5846 - n. pz. con riduzione score dolore alla dimissione/ totale pz con score >0 all'ammissione (area medica)

>>> >=95% (da audit)

DIPARTIMENTO MEDICO

Obiettivi di Budget 2013



Sviluppare le piattaforme logistiche, organizzative ed informatiche



1685 - Redazione lettera di dimissione su applicativo aziendale (AREAS)

Monitoraggio a cura di: Nicoletta Bonora



5881 - N. lettere dimissione compilate su AREAS/ totale dimessi



DA DEFINIRE

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

DIPARTIMENTO MEDICO

ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO



5882 - Utilizzo del modello unico informatizzato di lettera di dimissione in tutte le UO di area medica



DA DEFINIRE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

DIPARTIMENTO MEDICO



5883 - Estensione del progetto a Pneumologia ed Endocrinologia



DA DEFINIRE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

DIPARTIMENTO MEDICO

L'obiettivo sfidante del 2013



- Realizzare la rete di terapia del dolore Ospedale territorio

I risultati

www.saluter.it

■ I dati sul dolore percepito in Emilia-Romagna

Meno persone provano dolore intenso tra i pazienti ricoverati negli ospedali dell'Emilia-Romagna. Una diminuzione costante, dal 2002 al 2011, scesa dal 24,2% al 15,9%, che si affianca a un aumento delle persone che dichiarano di non provare dolore. Questo emerge dall'**indagine della Regione Emilia-Romagna sul dolore percepito**, effettuata lo scorso anno nel mese di maggio e presentata a Bologna durante il convegno regionale "La rete ospedale-territorio per la lotta al dolore" che si è tenuto il 23 maggio.

- La quarta indagine regionale è stata realizzata negli ospedali, negli hospice e, per la prima volta, anche in assistenza domiciliare, con l'obiettivo di acquisire, dalla voce diretta delle persone assistite, elementi di conoscenza sul dolore percepito e sul bisogno di sollievo. Informazioni utili anche per fare il punto sui percorsi intrapresi nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna nell'ambito del progetto regionale "Ospedale-territorio senza dolore".
- All'indagine hanno aderito le **Aziende sanitarie**, l'Associazione italiana ospedalità privata (**Aiop**), le associazioni di **volontariato**. Le informazioni sono state acquisite attraverso la distribuzione di un questionario "la Scheda del sollievo".
- Sono state raccolte **10.456 schede**, provenienti da **101 strutture sanitarie pubbliche e private, e da persone assistite a domicilio**. La partecipazione è aumentata dell'11,5% rispetto all'indagine precedente, effettuata nel 2009 (le schede raccolte erano state 9.370).

Iniziative formative

- Finanziate dalla Regione
 - Dolore pediatrico
[Doc Corso\corso formazione - programma.pdf](#)
 - Il dolore inutile
 - [Doc Corso\Microsoft Word - bozza documento dolore 8 aprile .pdf](#)

I progetti di ricerca



Osservatorio regionale per le Medicine non convenzionali



Oggetto: *III Programma sperimentale sull'integrazione delle Medicine non convenzionali* dell'Osservatorio regionale per le Medicine non convenzionali dell'Emilia-Romagna (OMncER) – Richiesta adesione ai macro-progetti, nominativi referenti e strutture coinvolte

In riferimento al III Programma sperimentale sull'integrazione delle Medicine non convenzionali (Mnc), si fa seguito a quanto convenuto nell'incontro del 28 febbraio u.s. di presentazione del Programma medesimo (Bologna, Poliambulatorio Zanolini, convocato con nostro PG/2013/42817) per chiedere agli Enti in indirizzo di formalizzare l'interesse o il disinteresse a partecipare al Programma di cui trattasi.

A tal fine si allega apposito fac-simile.



Il ruolo dei professionisti

- Cultura del dolore
 - Aspetti epidemiologici
 - Prevenire la cronicizzazione
 - La diagnosi e le implicazioni
 - La misurazione
 - L'approccio terapeutico
 - La Relazione di cura



Il ruolo dei professionisti

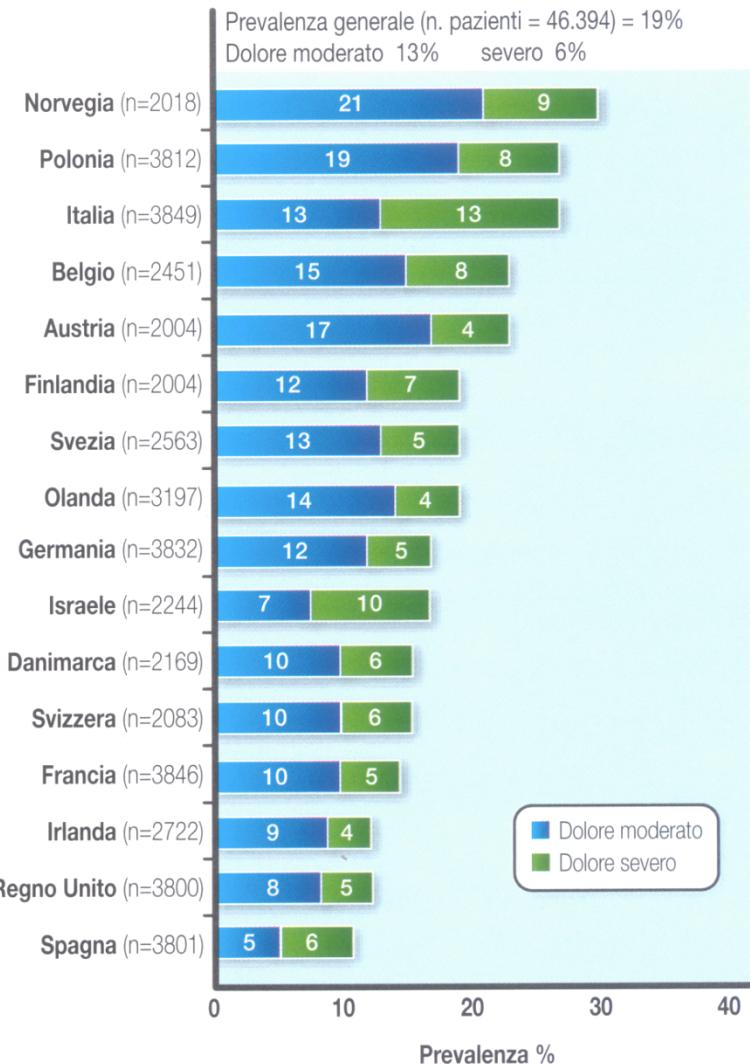
- La sostenibilità
 - Appropriatezza prescrittiva
- L'Impatto socio economico
- La gestione del rischio





Qual è la
prevalenza del
dolore cronico
in Italia?

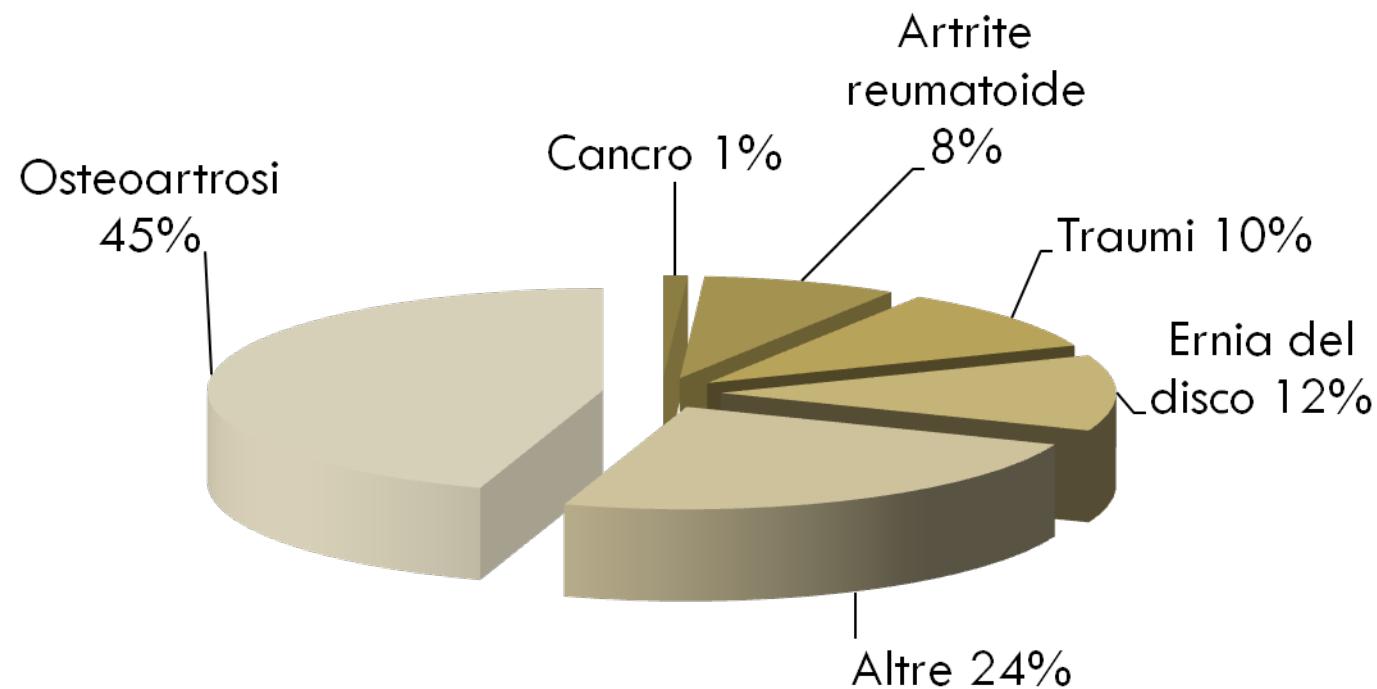
Il dolore cronico in Europa e in Italia



- Prevalenza media del 19% in Europa
- 26% in Italia

"Survey on chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment". H Breivik, B Collett, V. Ventafridda, R Cohen, D Gallacher. European Journal of Pain, 2006, pagg. 287-333.

Principali cause di dolore cronico



"Survey on chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment". H Breivik, B Collett, V. Ventafridda, R Cohen, D Gallacher. European Journal of Pain, 2006, pagg. 287-333.

Osteoartrite degenerativa Prevalenza



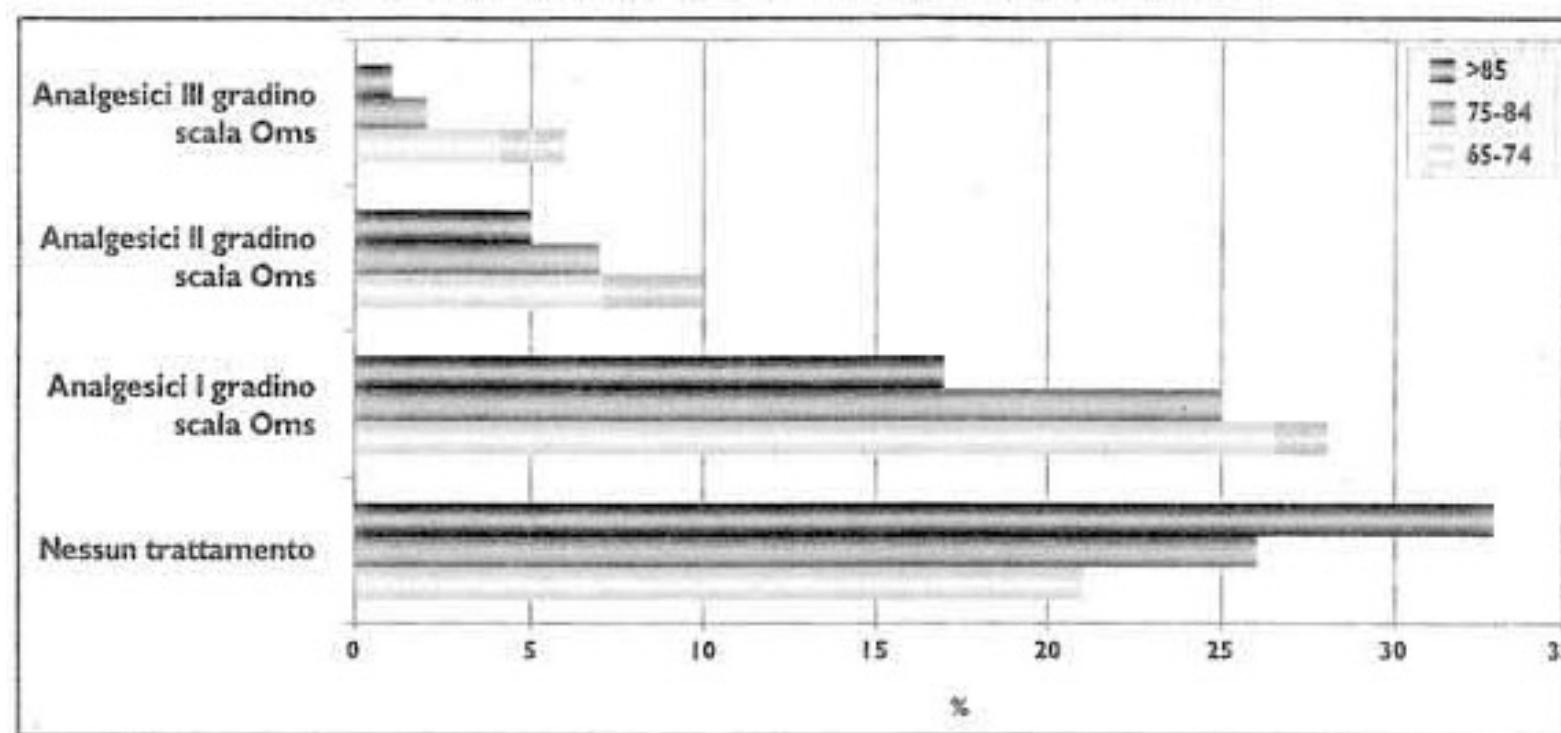
- Aumenta con l' età (11%>35 aa; 36%>85aa)
- USA 1:7 oggi; Stima 2020 1:5
- E' la prima causa di disabilità nella popolazione generale (Reginster 2002)
- II° solo alla CIC come causa di disabilità in Maschi>50 aa
- **Oltre 5 milioni** le persone in Italia affette da patologie muscoloscheletriche associate a dolore cronico (Cova D, 2001)

Dolore negli anziani in assistenza domiciliare

	EUROPA (studio AD-HOC: AgeD in Home Care, 2001- 2003)	CANADA (studio multicentrico 1999-01)
Prevalenza	46%	48%
Trattamento analgesico	38% (Soldato et al., Pain 2007)	79% (Maxwell et al, Pain 2008)

Pazienti anziani con dolore suddivisi per età e trattamento

Survey SIGOs 2008



Gianni W, Madaio RA, Di Cioccio L, D'Amico F, Policicchio D, Postacchini D, Franchi F, Ceci M, Benincasa E, Gentili M, Zuccaro SM.
Prevalence of pain in elderly hospitalized patients. Arch Gerontol Geriatr. 2009 Dec 21

Dolore e invecchiamento

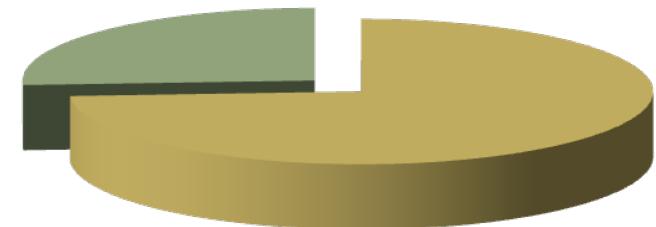
- Il dolore interessa tutte le fasce di età (anche il neonato)
- Con l'età sembrano ridursi le sensazioni acute provenienti da strutture profonde (infarto..)
- Aumenta l'intensità e la frequenza del dolore cronico
- La diversa percezione non è legata a deterioramento delle vie di trasmissione ma:
 - Riorganizzazione delle vie di trasmissione
 - L'intervento di fattori psichici

Le differenze di genere

- Prevalenza dolore cronico 26% sulla popolazione generale in Italia
- Di questa fascia il 56% sono donne e tra le donne il 50% sono casalinghe
- In tutte le fasce di età il sesso femminile presenta una maggiore prevalenza del sintomo (cefalea, fibromialgia, dolore pelvico)
- Altri correlati rilevanti sono il basso livello socio economico e la mancanza di attività lavorativa

Studio EPIC (European Pain in cancer survey)

- 4824 pts
- Dolore presente nel 56% pts intervistati
- Intensità da moderata a severa nel 96%
- Da almeno 3 mesi nel 47%
- Terapia pienamente efficace solo nel 24% (in Italia nel 16%)
- OMS sostiene che la strategia a gradini controlla il dolore nel 90% dei pazienti



Il 74%
dei pazienti
ha dolore

- [European Pain in Cancer Survey, European Association of Palliative Care.](#)
Half of European cancer patients have moderate to severe pain: one in five patients does not receive treatment. *Pain Palliat Care Pharmacother.* 2007;21(4):51-3.

Il dolore negli ospedali italiani

Studio OSD



Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT[®]

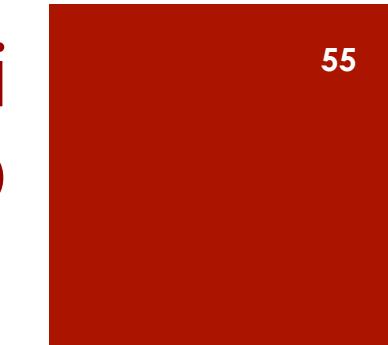
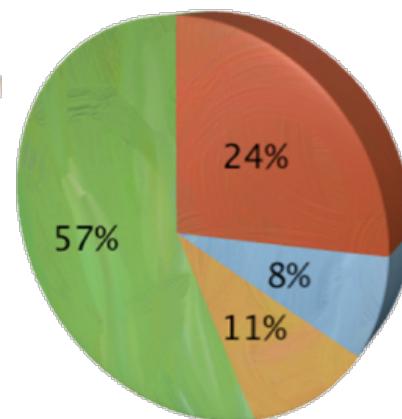
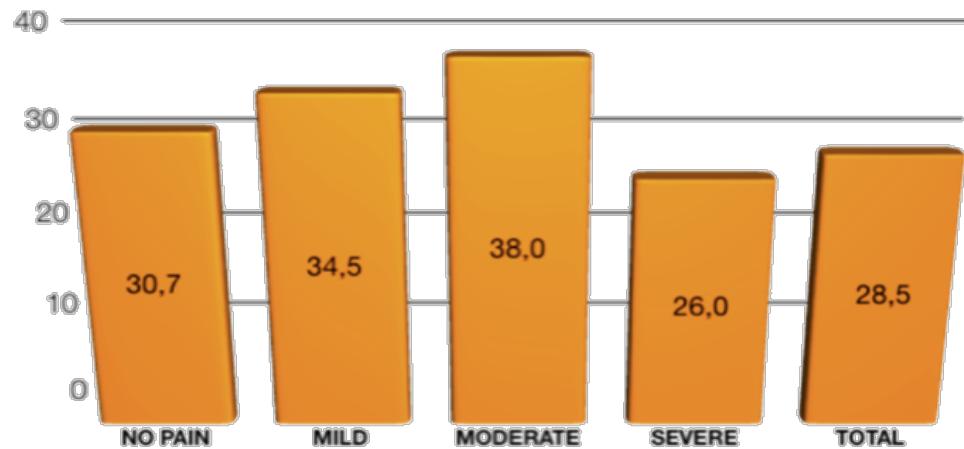
European Journal of Pain 9 (2005) 61–67



www.EuropeanJournalPain.com

Prevalence and treatment of pain in adults admitted
to Italian hospitals

Marco Visentin ^{a,*}, Elisabetta Zanolini ^b, Leonardo Trentin ^a, Samantha Sartori ^b,
Roberto de Marco ^b



Studio Nazionale

4523 pazienti ospedalizzati
220 reparti di 20 ospedali
(10 Nord, 7 Centro, 3 Sud)

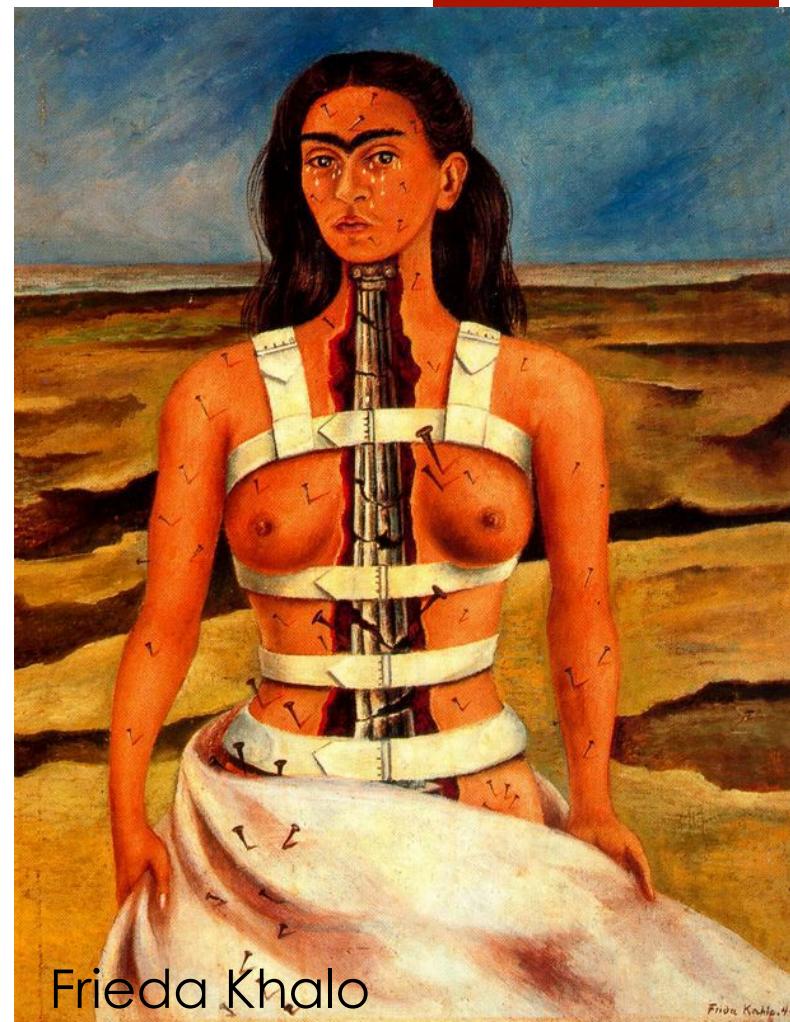
**Tipologia di analgesici
assunti dai pazienti
con dolore**

- Non noto
- Entrambi
- Oppioidi
- FANS

*Fonte: Prevalenza e trattamento del dolore negli adulti ricoverati in ospedali italiani;
European Journal of Pain 2005; 9:61-67

Impatto socio-economico del dolore cronico non oncologico

- 12-15 milioni di malati in Italia
- Nel 46% dolore >10 anni
- Due settimane/anno di lavoro perse (30 milioni di ore di lavoro)
 - 61% pz. riduzione attività lavorativa
 - 19% abbandono del lavoro
- 21% casi associato a depressione



Frida Kahlo

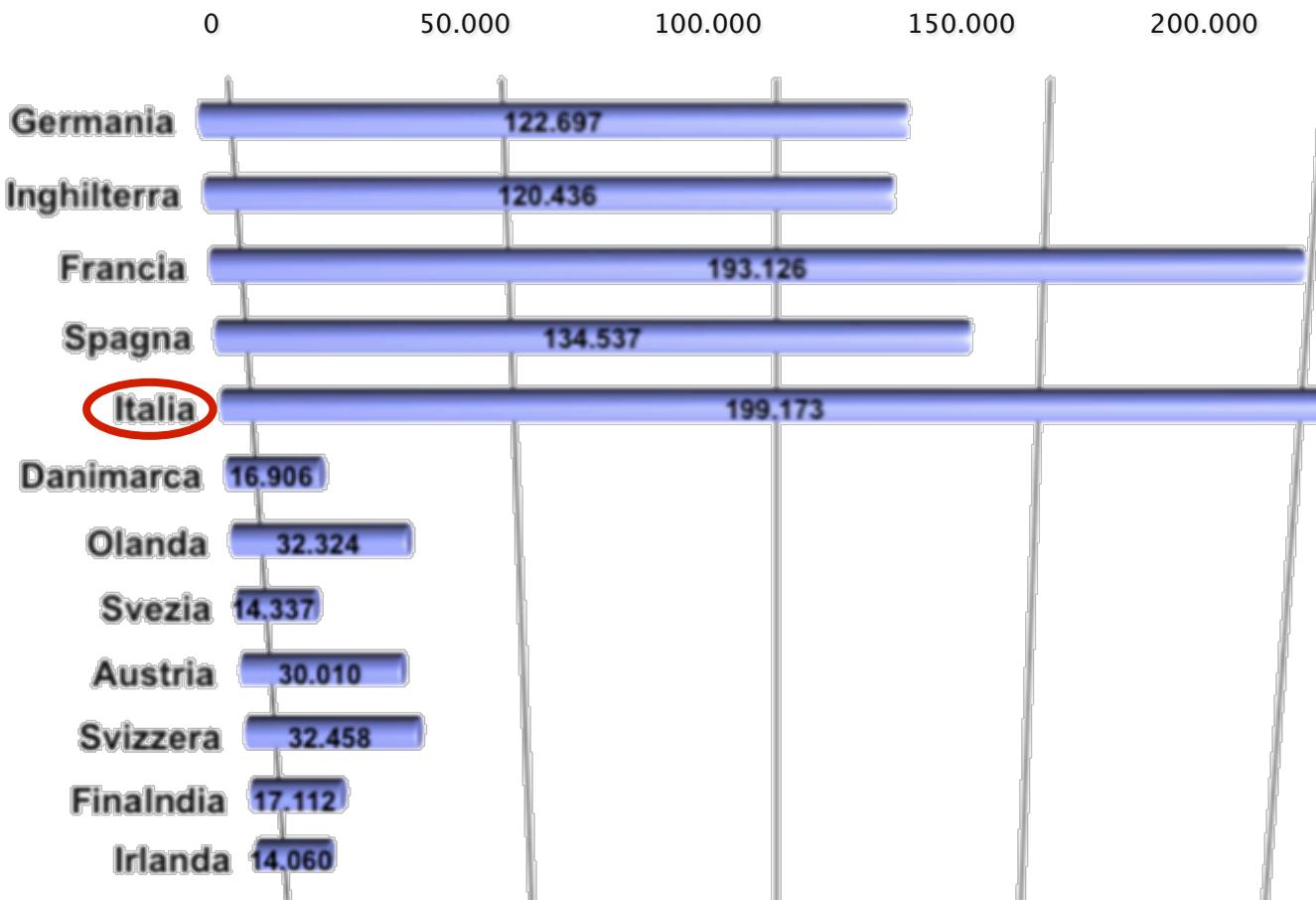
"Survey on chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment".

La terapia nel dolore cronico non da cancro

	EUROPA	ITALIA
Fans	44%	68%
Coxib	6%	7%
Paracetamolo	18%	6%
Oppioidi deboli	23%	9%
Oppioidi forti	5%	0%

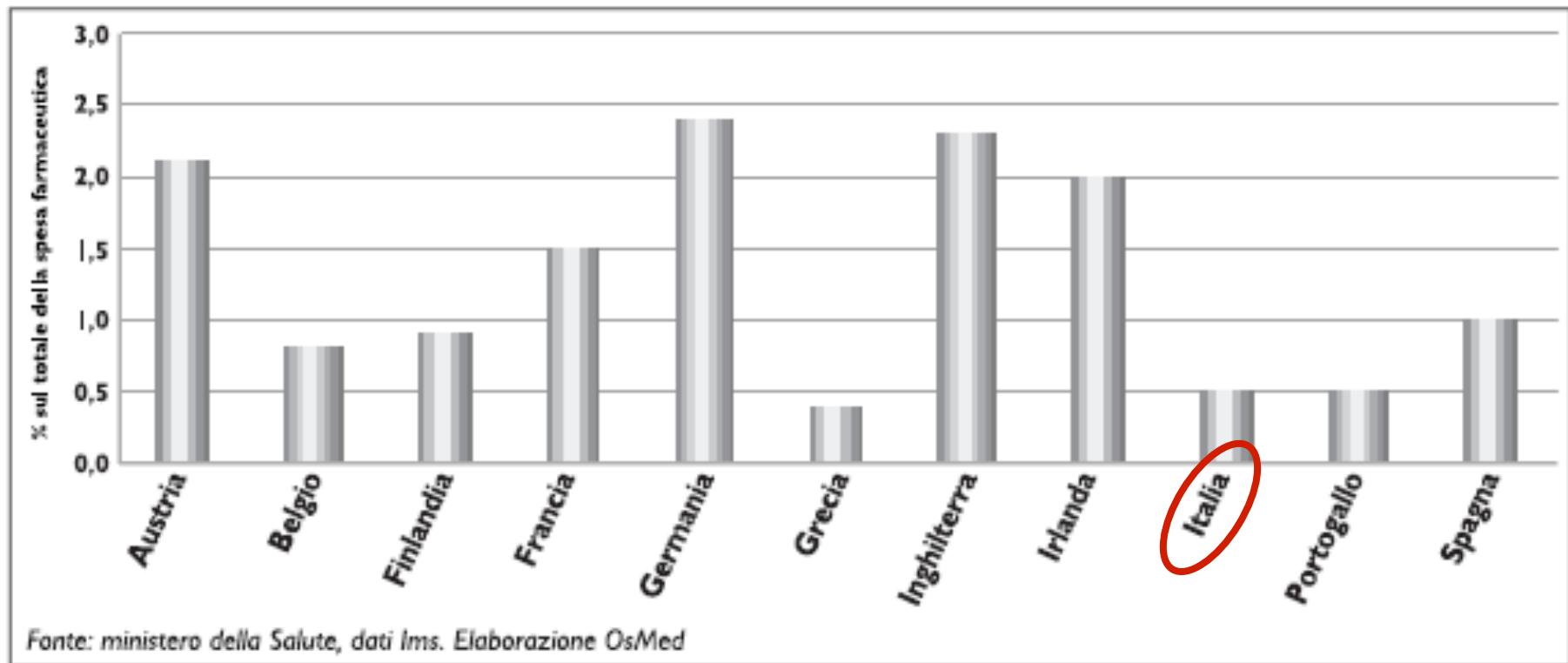
L'Italia è il Paese Europeo con il più alto consumo di FANS

Dato Mercato Europeo 2008: 927.174.000 €



Il consumo di oppiacei

Grafico I - Consumo di oppiacei in Europa (% sul totale della spesa farmaceutica)



L'indagine sul dolore in Emilia Romagna

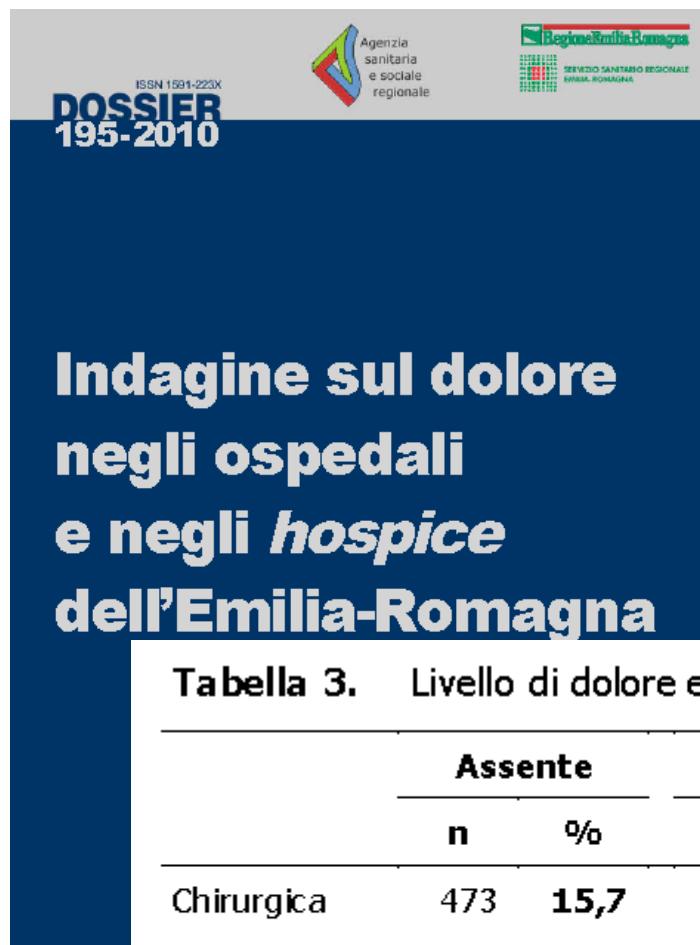


Figura 6. Percezione del dolore

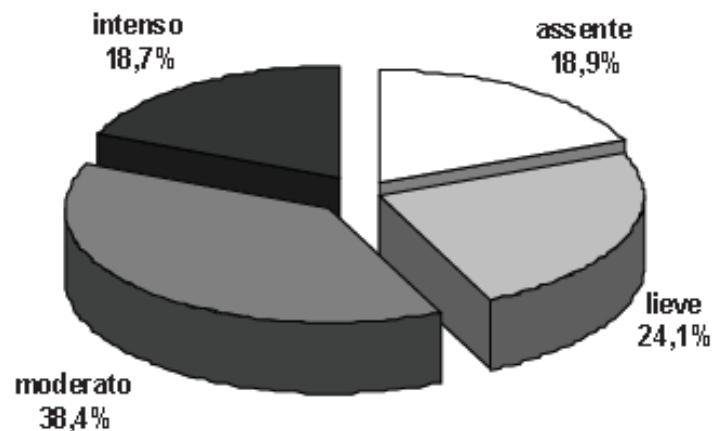


Tabella 3. Livello di dolore e area di ricovero. Anno 2009

	Assente		Lieve		Moderato		Intenso		Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Chirurgica	473	15,7	853	28,3	1.195	39,7	492	16,3	3.013	100,0
Medica	962	20,1	1.004	21,0	1.780	37,3	1.029	21,5	4.775	100,0
Oncologica*	157	27,8	153	27,1	201	35,6	54	9,6	565	100,0

Il dolore in area medica



ISSN 1591-223X
DOSSIER
194-2010

**Linee
per tra
in are**

Dall'indagine conoscitiva sulle attitudini del medico internista rispetto al trattamento e alla valutazione del dolore condotta nel 2006 dalla Società scientifica FADOI, alla quale ha risposto circa un terzo di tutti gli internisti dell'Emilia-Romagna, si evidenziano i seguenti risultati presentati in occasione di un Convegno regionale FADOI tenutosi a Bologna nel 2007:

- il 44% degli internisti visita più di 20 malati al mese con dolore cronico;
- il 78% cura autonomamente la grande maggioranza (meno dell'80%) degli ammalati;
- il 61% ricorre al consulente terapista del dolore raramente (meno del 10% dei casi);
- il 30% segue sistematicamente protocolli terapeutici riconosciuti (più dell'80% dei casi);
- solo il 29% utilizza sistematicamente scale di valutazione del dolore validate.

[http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/
asr/collana_dossier/doss194.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss194.htm)



Quali sono le cause dell'under-treatment?

Undertreatment: le cause

- Non c'è ancora la consuetudine a rilevare il dolore, a considerarlo il 5° segno vitale
- Non è considerato una priorità, un diritto del cittadino
- Carenze formative, culturali e organizzative
- Linee guida disattese e non implementate
- Terapie inappropriate, resistenza al cambiamento
- Pregiudizi nei confronti dei farmaci oppiacei

Il dolore non può essere descritto solo come fenomeno sensoriale, ma come la composizione:

- **Di una parte percettiva (la nocicezione)** la modalita' sensoriale che permette la ricezione ed il trasporto al SNC di stimoli potenzialmente lesivi
- **Di una parte esperienziale (del tutto privata) la vera e propria esperienza del dolore** che è lo stato psichico collegato alla percezione di una sensazione spiacevole.

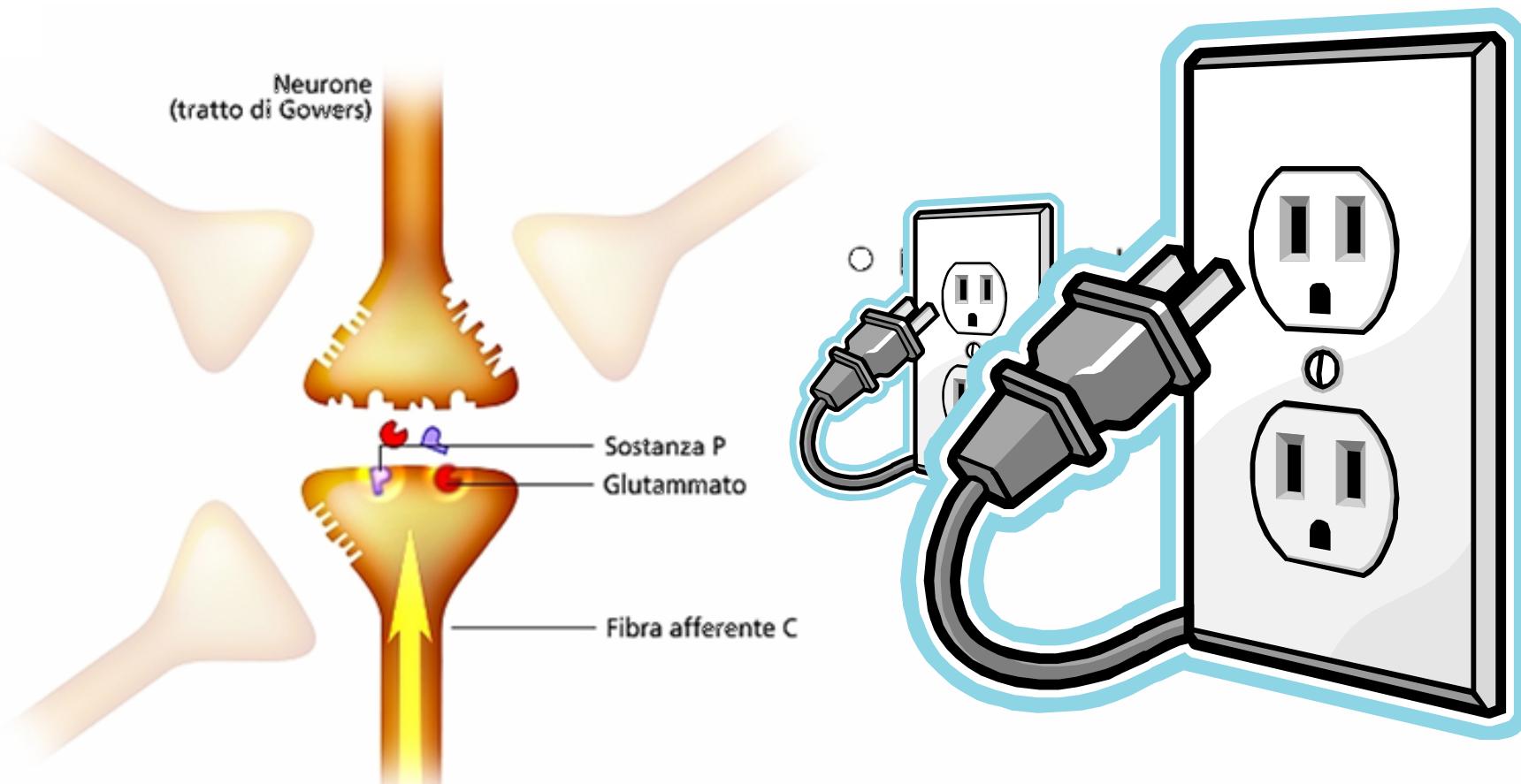


International Association for the Study of Pain
IASP
Working together for pain relief

Il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno.

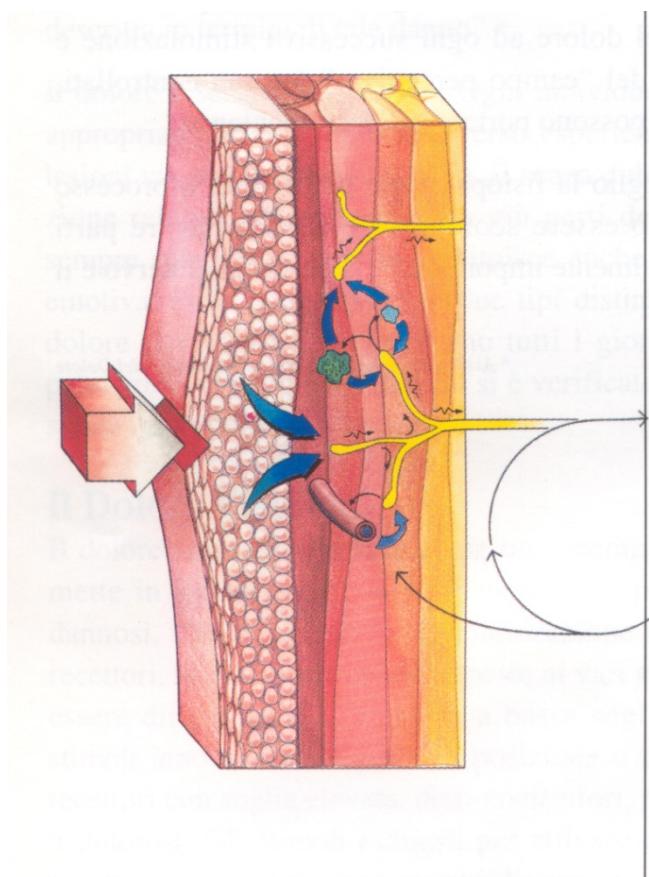
IASP 1986

Come avviene la trasmissione del dolore?

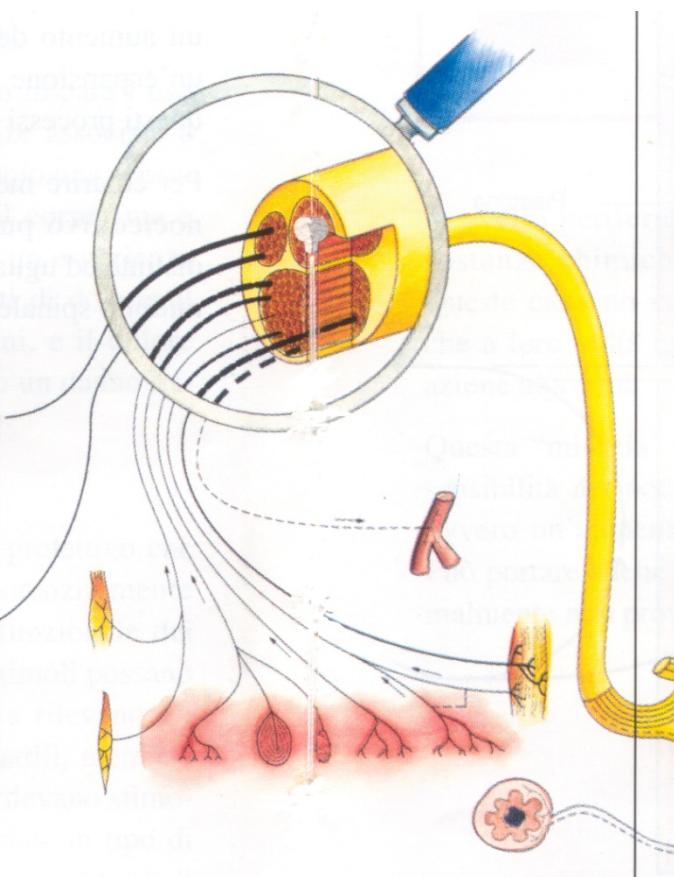


E' un meccanismo tutto o nulla?

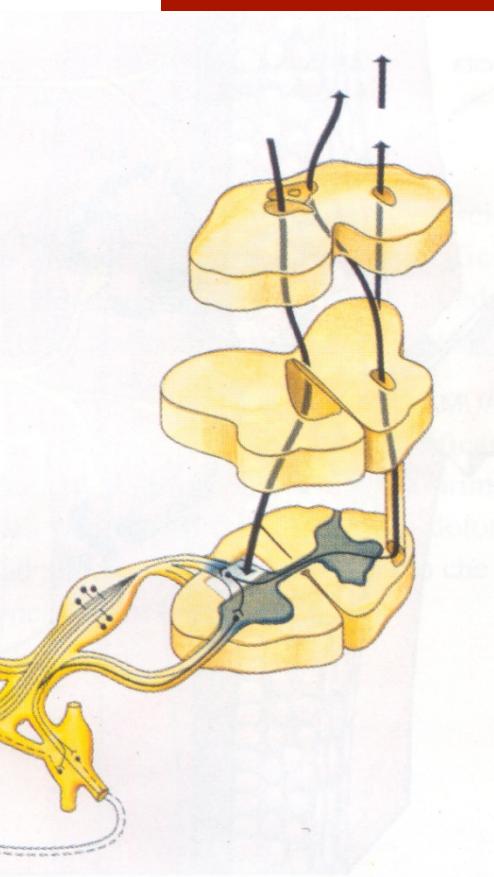
La periferia



Il nervo



Il midollo



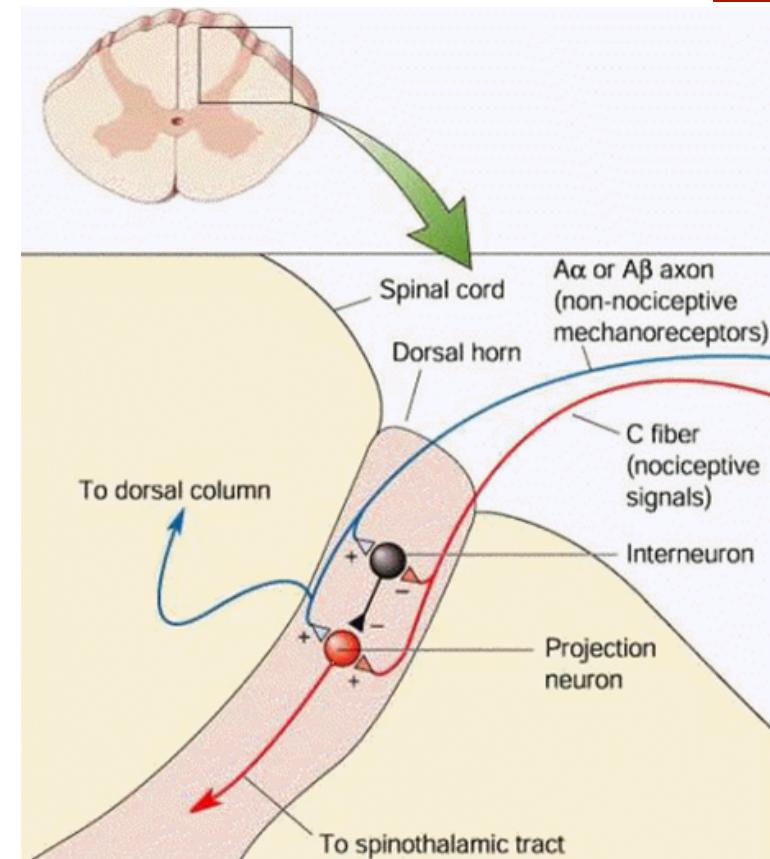
Trasduzione.....

Trasmissione.....

La modulazione: “Il cancello spinale”



Patrick Wall and Ronald Melzack 1965



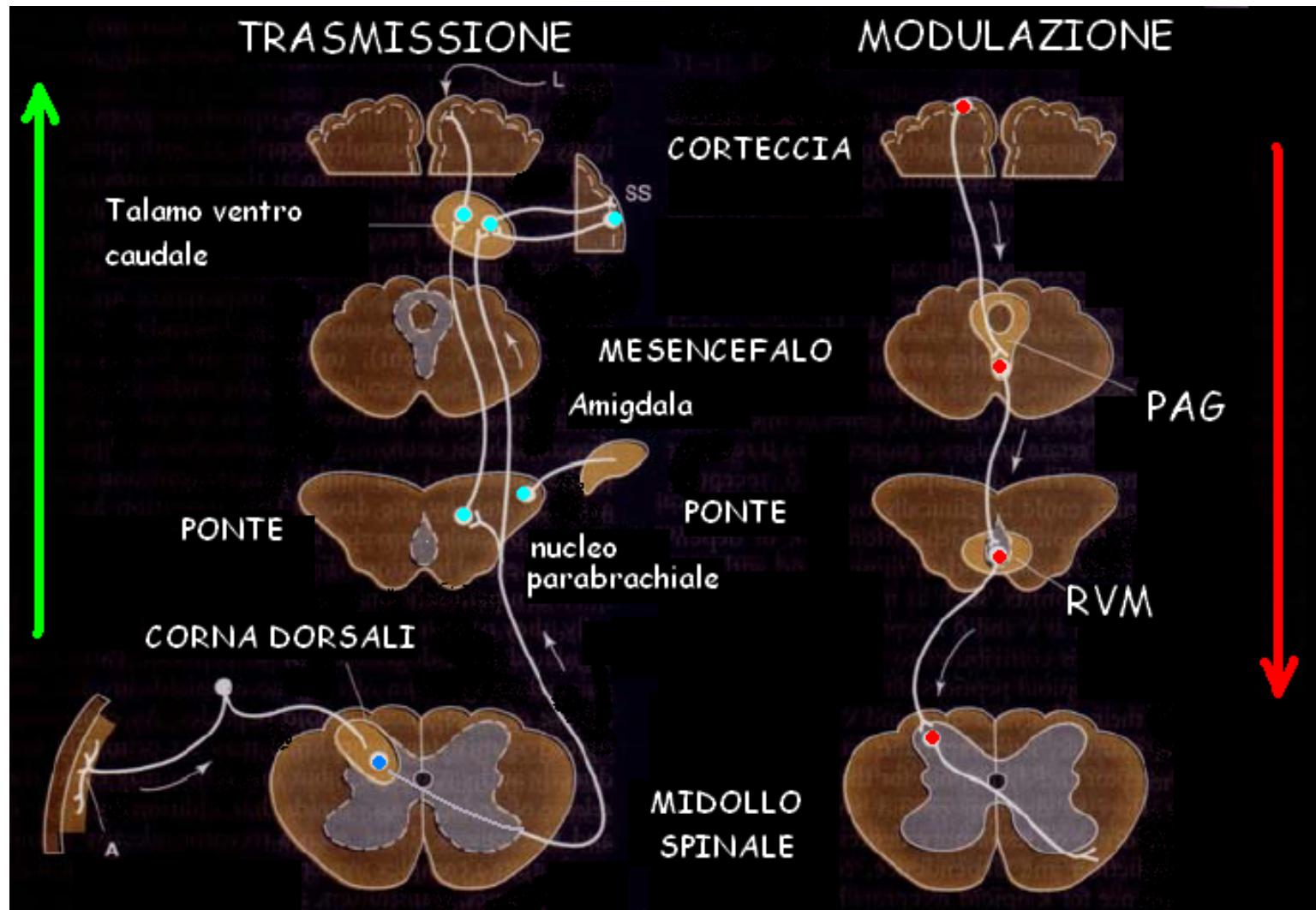
Una questione di “corna”



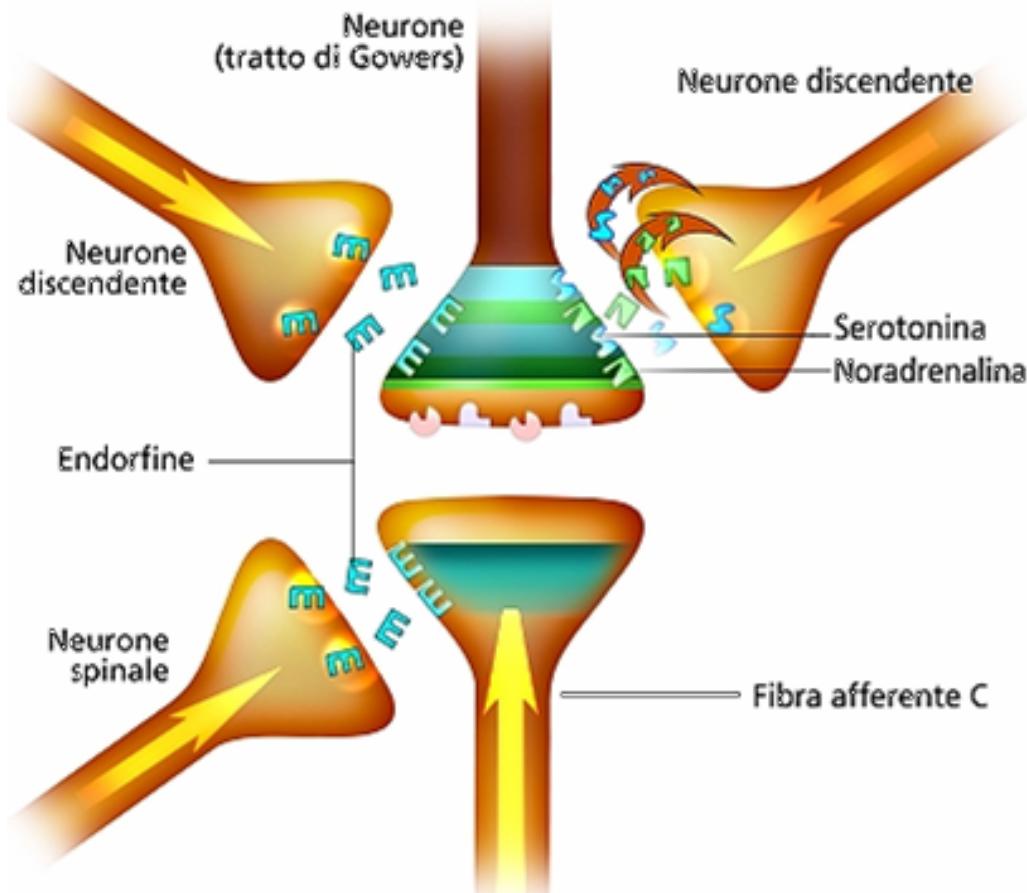
La percezione del dolore è il risultato di una complessa interazione tra impulsi eccitatori e impulsi inibitori



Le vie del dolore



Il controllo discendente



- Oppioidi endogeni
 - Endorfine
- Monoamine
 - Noradrenalina (NA)
 - Serotonin (5HT)



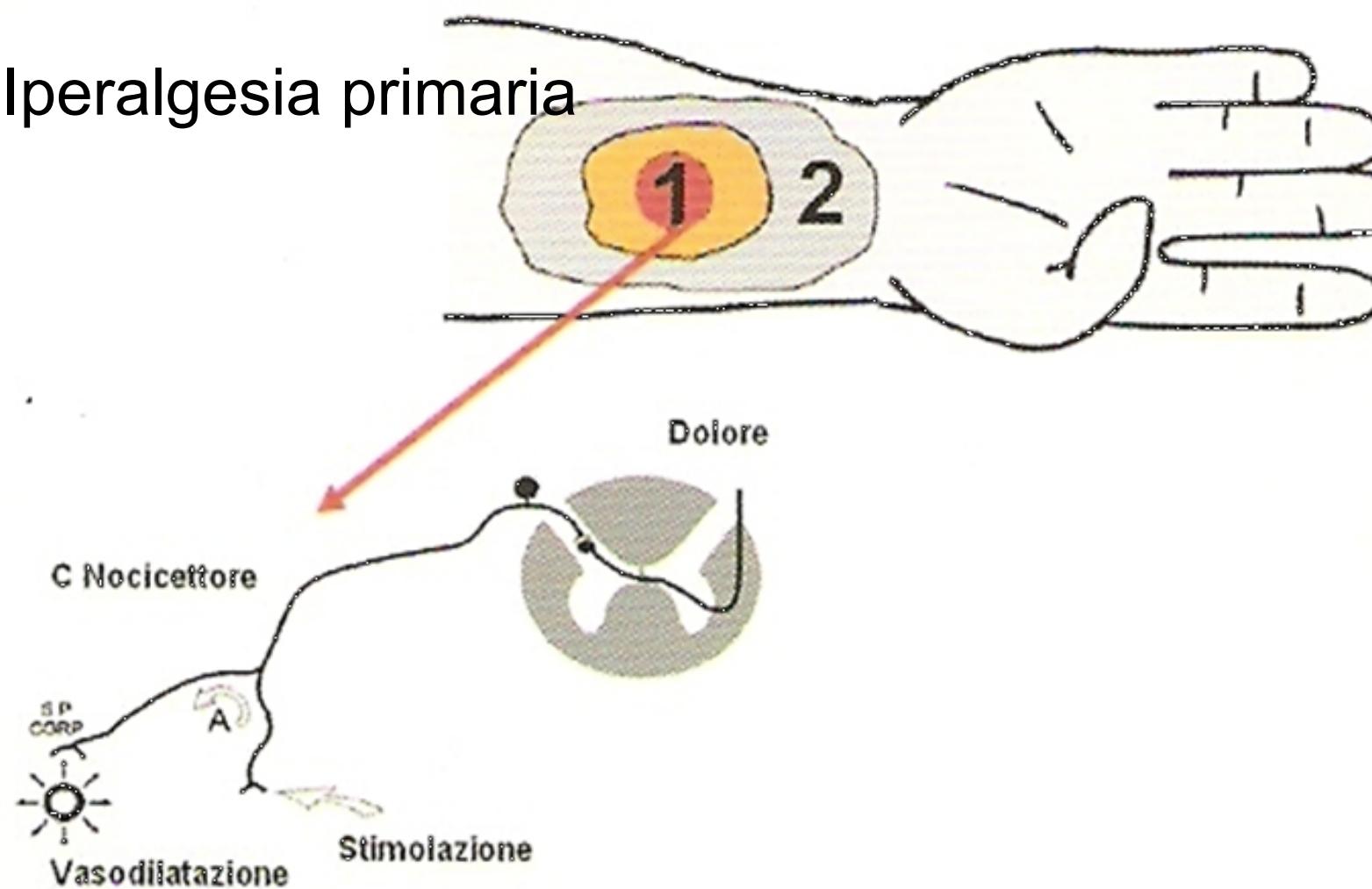
Il danno lesionale acuto e la risposta neurofisiologica

- Sensibilizzazione
Periferica
- Sensibilizzazione
Centrale

Manifestazioni cliniche

Iperalgesia primaria

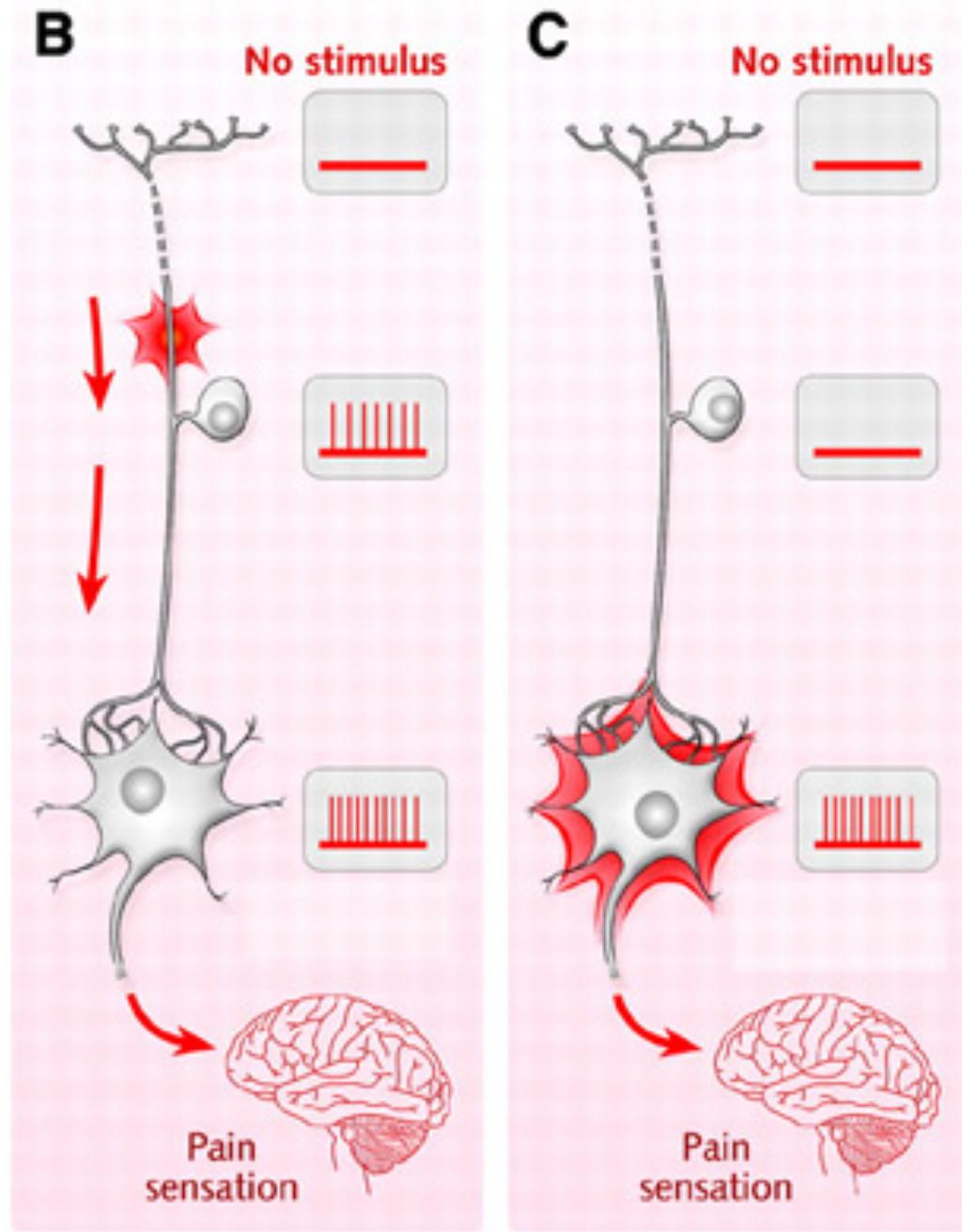
1 Iperalgesia primaria



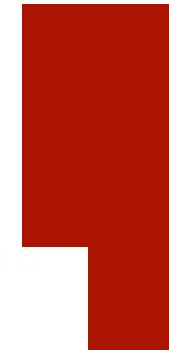
Il sistema si attiva
per avvisarci che
l'integrità
biologica è a
rischio.



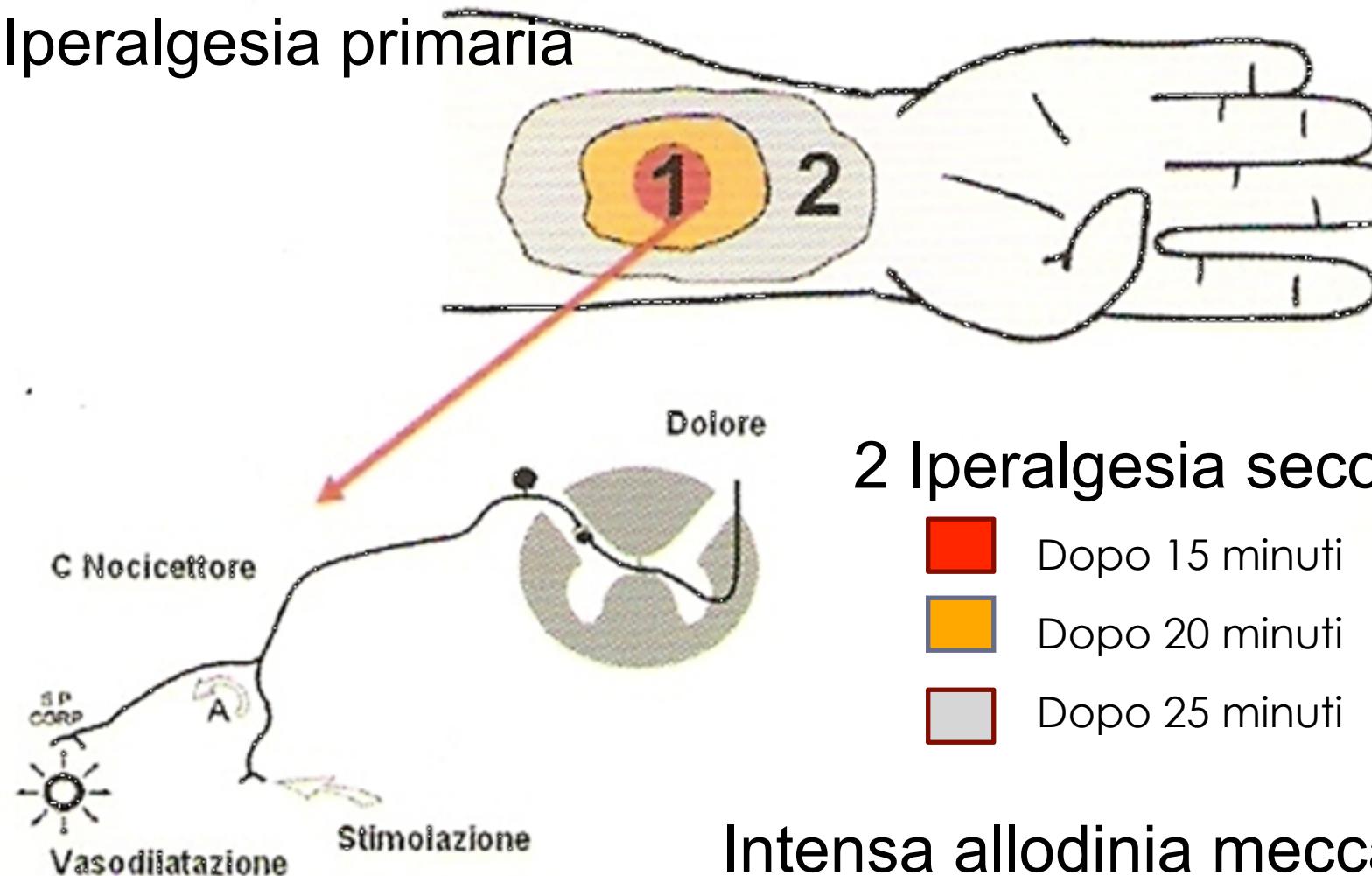
La sensibilizzazione Centrale



Manifestazioni cliniche Iperalgesia secondaria



1 Iperalgesia primaria



2 Iperalgesia secondaria

- Dopo 15 minuti
- Dopo 20 minuti
- Dopo 25 minuti

Intensa allodynìa meccanica

Questions

- Quando il dolore diventa patologico?
- Quando un meccanismo protettivo diventa una malattia?
- Quali sono i meccanismi e le sedi del cambiamento?

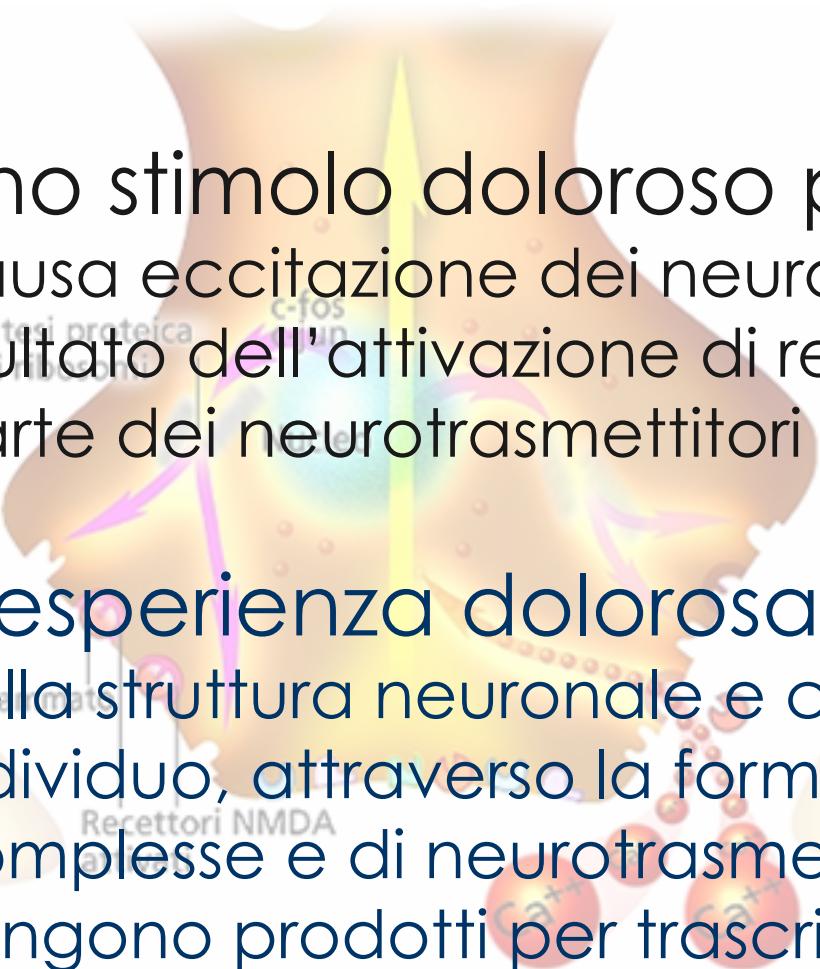
Neuroplasticità'

- La neuroplasticità è la capacità del sistema nervoso di modificare la sua struttura e la sua funzione in risposta ad eventi esterni od interni attraverso modulazione trascrizionale
- Genera riflessi protettivi in risposta ad eventi acuti
- Lo stimolo cronico può indurre cambiamenti sfavorevoli

Meccanismi centrali del dolore persistente

- Alterazione della trasmissione glutamatergica da ipersensibilizzazione dal recettore NMDA
- Perdita del controllo inibitorio GABA e GLY (disinibizione)
- Interazioni gliali-neuronali

La “memoria” del dolore



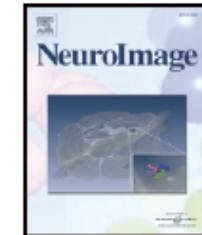
Uno stimolo doloroso persistente causa eccitazione dei neuroni spinali, come risultato dell'attivazione di recettori NMDA da parte dei neurotrasmettitori eccitatori

L'esperienza dolorosa lascia tracce nella struttura neuronale e cerebrale di un individuo, attraverso la formazione di proteine complesse e di neurotrasmettitori che vengono prodotti per trascrizione genica



Il dolore patologico persistente è il risultato di modificazioni strutturali.

Possiamo prevederlo?



Changes in brain gray matter due to repetitive painful stimulation

S. Teutsch ^a, W. Herken ^a, U. Bingel ^b, E. Schoell ^a, A. May ^{a,*}

^a Department of Systems Neuroscience, University of Hamburg (UKE), D-20246 Hamburg, Germany

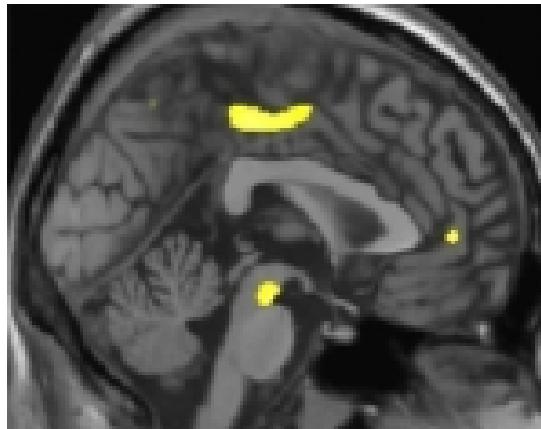
^b Department of Neurology, University of Hamburg (UKE), Germany

Diverse sindromi cliniche caratterizzate da dolore cronico presentano alla RMN modificazioni cerebrali simili.

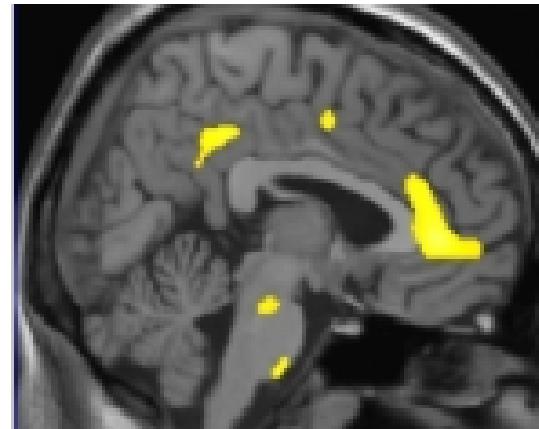
Pazienti con dolore cronico hanno una comune “impronta cerebrale” .

Chronic pain may change the structure of the brain

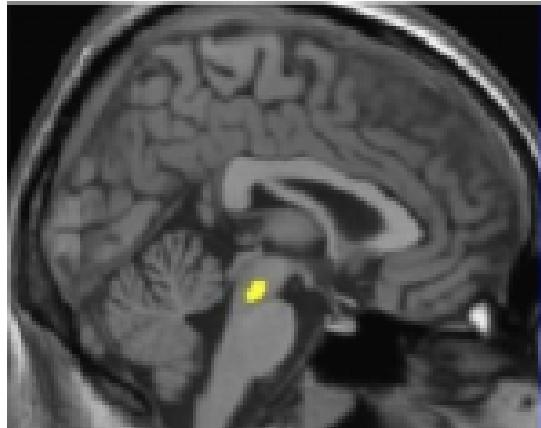
Arne May*



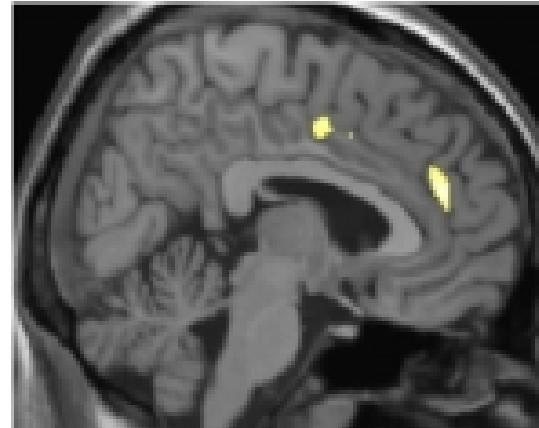
Phantom pain



Tension-type headache



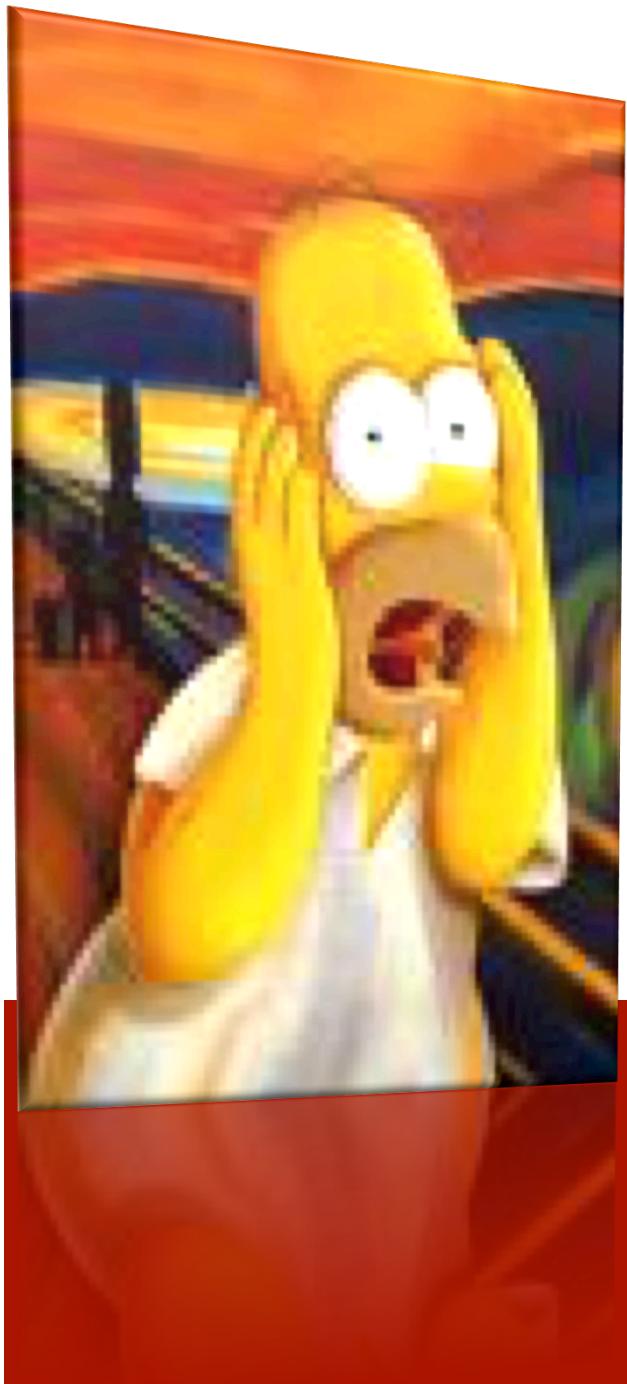
Chronic back pain



Frequent migraine

PAIN

www.elsevier.com/locate/pain



Classificazione ed effetti del dolore acuto e cronico

Definizioni e Differenze

Dolore acuto

- Il dolore acuto è un sintomo
- Ha significato protettivo
- La durata è correlata all'evento causale
- Genera una risposta reattiva di tipo ansioso
- E' la regola il ripristino delle condizioni originarie
- Se non trattato può diventare cronico

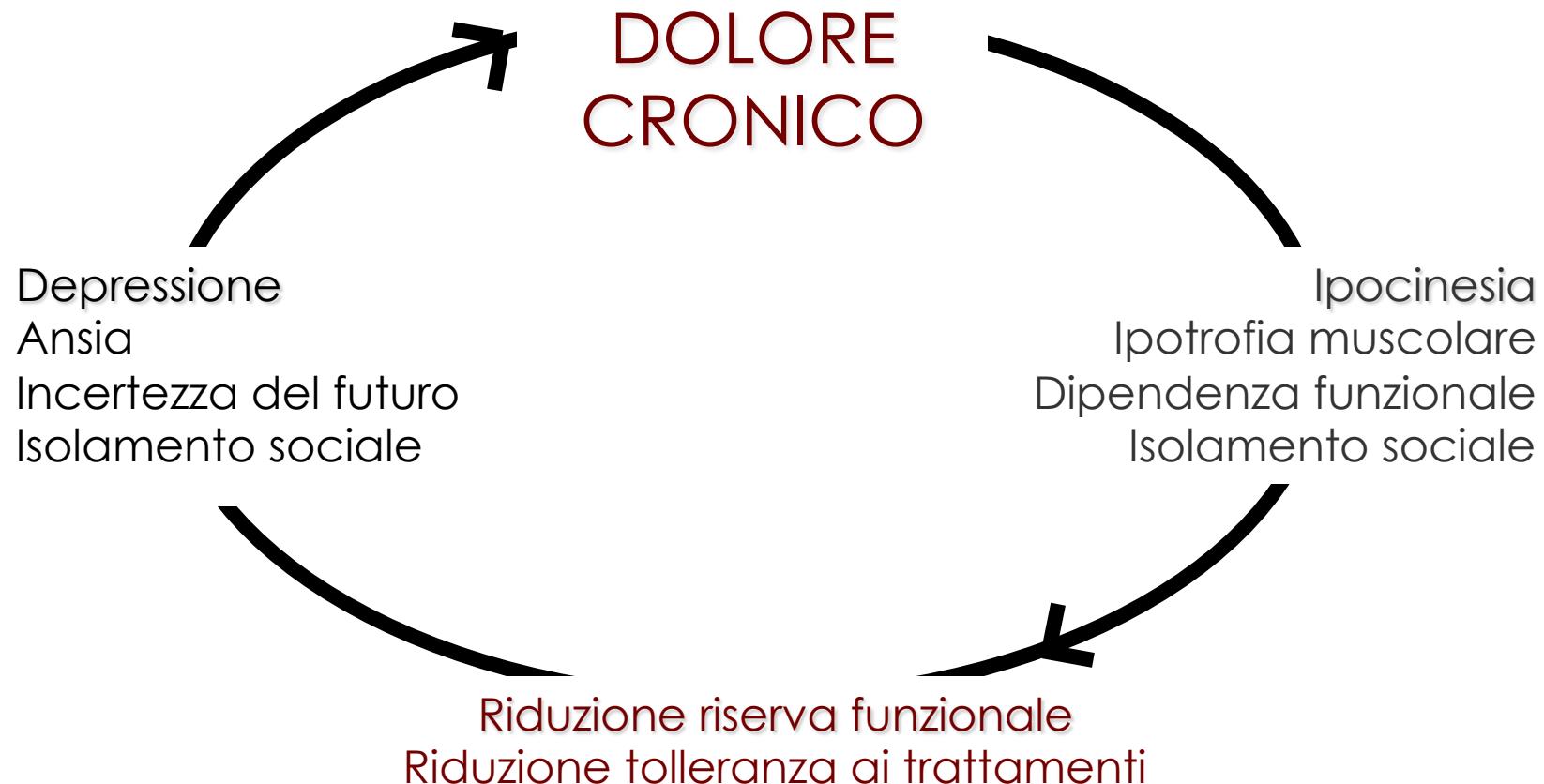
Dolore cronico

- Il dolore cronico è una malattia
- Non ha nessun significato protettivo
- La durata (> 3 mesi) non è correlata all'evento causale
- Genera una risposta reattiva di tipo depressivo
- E' improbabile il ripristino delle condizioni originarie
- Determina cambiamenti del comportamento

Effetti del dolore acuto

- Attivazione **risposta da stress** (asse ipotalamo-ipofisi-surrene)
 - Corticosteroidi
 - Adrenalina-Noradrenalina
 - Effetti cardiocircolatori
 - Effetti respiratori
 - Effetti metabolici
 - Disfunzione immunitaria

Effetti del dolore cronico: Circolo vizioso dolore-riduzione funzionale-emotività





Link tra dolore e depressione?

- Alterato funzionamento dei sistemi monoaminegici
 - Nel dolore cronico l' inibizione discendente (NA e 5HT) può perdere efficacia
- Substrati biologici della depressione:
 - disregolazione di diversi sistemi di trasmissione, in particolare NA e 5HT
 - Alterazione delle funzioni ipotalamiche con disfunzioni neuroendocrine
 - Up-regulation dei recettori monoaminergici

Il dolore e la depressione



Prevalenza della depressione
in primary care 10-15%

Prevalenza depressione nei
pazienti con dolore cronico
> 58% (43% DDM)

Prevalenza del dolore
cronico (CLBP) nei pazienti
con DDM 50-90% e si
associa a minore risposta al
trattamento



Classificazione del dolore: criterio patogenetico

1) Dolore Periferico Nocicettivo

- Somatico Superficiale e profondo
 - vivo localizzato
 - Profondo Viscerale
 - mal localizzabile, sordo
- Il danno è periferico per attivazione dei neuroni afferenti primari
 - Richiede la completa integrità delle vie periferiche e centrali deputate alla trasmissione del messaggio

Classificazione del dolore: criterio patogenetico

2) Dolore neuropatico

- Danno nel sistema nervoso coinvolto non solo nella percezione ma anche nella produzione del dolore
 - lesione del primo neurone (allodinia)
 - lesione con interruzione afferenze corna posteriori (dolore da deafferentazione)
 - Lesione a vari livelli del SNC (dolore centrale)
- E' sempre "patologico"

TIPI DI DOLORE

sec. Mannion & Woolf

FISIOLOGICO

- Acuto
- Nocicettivo

Corretta risposta di adattamento, essenziale per evitare danni tissutali

PATOLOGICO

- Cronico
- Neuropatico

Alterata risposta di adattamento ad un danno tissutale, nervoso o non nervoso.

Esame clinico algologico

- Sede del dolore
- Natura del dolore
- Insorgenza – frequenza - durata
- Intensità del dolore
- Influenzabilità dolore
- Manifestazioni concomitanti



Il dolore “fisiologico”

- E' sempre causato da lesione o danno
- Ha una funzione protettiva
- L'intensità correla con stimolo scatenante
- E' ben localizzato
- Ha una durata limitata



Segni clinici dolore neuropatico

- Dolore spontaneo (continuo o parossistico)
 - Fantasma doloroso, causalgia, nevralgia trigeminale, neuropatie periferiche
- Segni positivi
 - Iperalgesia
 - Allodinia meccanica (nevralgia posterpetica)
 - Allodinia termica
- Segni negativi
 - Deficit Sensitivi nel territorio del dolore (caldo, freddo, pin prick)
 - Anestesia dolorosa (deafferentazione)

Espressioni mimiche e posture

- Chiusura degli occhi, sguardo verso il basso
- Corrugamento della fronte
- Accentuazione solchi naso-labiali
- Tensione labbra e digrignamento dei denti
- Flessione del capo
- Atteggiamento di immobilità
- Es colica intestinale:
 - Immobile
 - Flesso in avanti per ridurre tensione sulla parete addominale e conservare il calore
 - Il calore innalza la soglia del dolore



Tipo di dolore: diagnosi clinica

TIPO DI DOLORE		SEDE DELLA LESIONE	SINDROME CLINICA
Nocicettivo Da lesione di tessuto/ struttura superficiale o profonda	Somatico superficiale Somatico profondo Viscerale	Cute o mucose Ossa, articolazioni, tendini, strutture vascolari Visceri e parenchimi	Infiltrazione cute e mucose Mucositi Gravi dermatiti Metastasi ossee Severa osteoartrosi Crolli vertebrali Linfangiti Insufficienze vascolari Ipertensione endocranica Sindomi addominali Sindromi toraciche
Neuropatico Da lesione delle strutture nervose		Nervi cranici e spinali Radici nervose Plessi nervosi	Infiltrazione/compressione nervi periferici Infiltrazione/compressione mieloradicolare Plessopatie brachiale e lombosacrale
Misto Da lesioni associate			



Perché è
importante
differenziare il
dolore acuto dal
dolore cronico?



Perché è
importante
differenziare il
dolore nocicettivo
dal dolore
neuropatico?

Tipo di dolore: scelta terapeutica

TIPO DI DOLORE	ORIGINE	DESCRIZIONE	1° SCELTA	2° SCELTA	3° SCELTA	ALTRI TP
Nocicettivo	•Cute •Sottocute •Mucose	•Urente •Ben localizzato	FANS Paracet.	ANEST. LOCALI	OPPIOIDI	Caldo, freddo Radiotx
Somatico Profondo	•Ossa •Articolazioni •Legamenti •Capsule organi •Membrane •mesoteliali	•Sordo •Incidente •Ben localiz •Anche riferito	FANS Paracet.	Oppioidi		Immobilizz Caldo Radiotx
Viscerale	•Organi •Masce neopl profonde	•Sordo •Profondo •Poco localiz •Disturbi Neuroveget.	OPPIOIDI	Antispastici	ANEST. LOCALI	Compressio ne Caldo Epidurale
Neuropatico misto	•Invasione Compres Vie nervose	•Disestesia •Formicolio •Allodinia •Continuo •Lancinante	ANEST. LOCALI	Antidepr Anticonv	OPPIOIDI	Epidurale
Neuropatico puro	Deafferentazione	•Anestesia dolorosa •Come misto	Antidepr Anticonv		OPPIOIDI	



Misurare per decidere

La misurazione delle performance
per migliorare le politiche pubbliche e i servizi

ANALISI E STRUMENTI PER L'INNOVAZIONE
I MANUALI



DIPARTIMENTO
DELLA FUNZIONE
PUBBLICA

Finito di stampare nel mese di novembre 2006
dalla Rubbettino Industrie Grafiche ed Editoriali

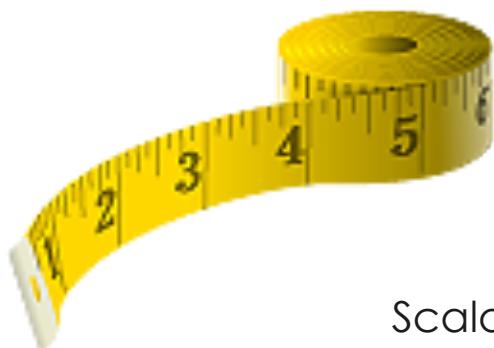


Il dolore si può
misurare?

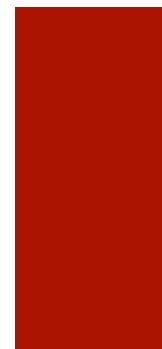
Perchè usare le scale di valutazione?

- Le scale del dolore sono strumenti obiettivi (ECG, Glicemia, PA, etc)
- Ancorare l' obiettivo -analgesia o sedazione- ad un valore preciso di score
- Utilizzare il valore di score ottimale per la titolazione dei farmaci
- Verificare l' efficacia terapeutica e confrontare i diversi trattamenti
- Gestire le cure in modo prospettico



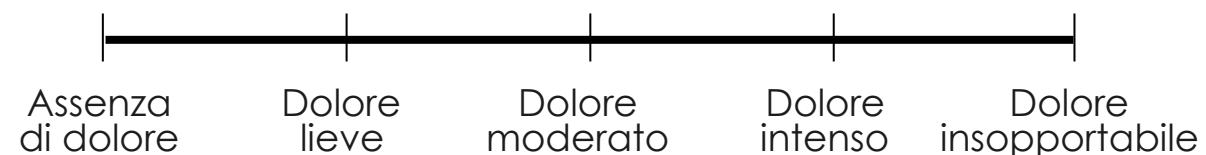


Le scale self report



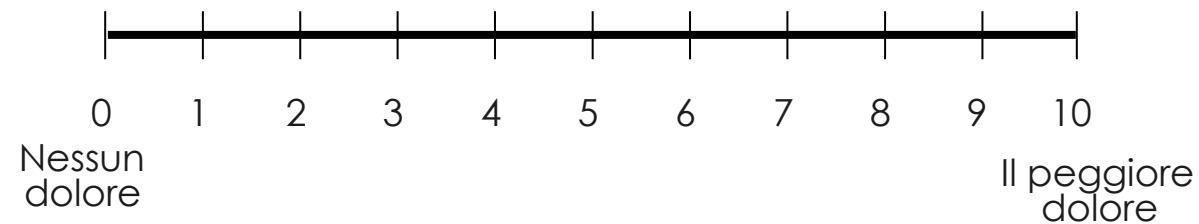
Scala descrittiva semplice dell' intensità del dolore

VRS



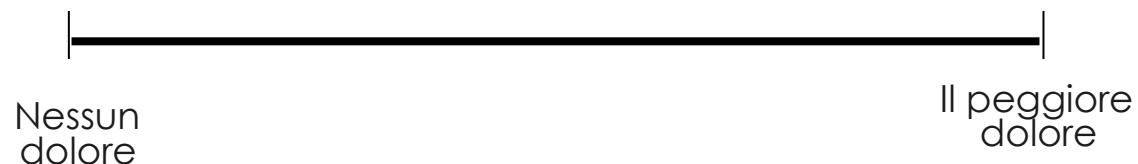
Scala numerica da 0 a 10 dell' intensità del dolore

NRS



Scala analogica visiva dell' intensità del dolore

VAS



Quanti tipi di scale conosciamo?

- Scale unidimensionali
 - Valutano un solo parametro
- Scale multidimensionali
 - Valutano più parametri

Una scelta condivisa



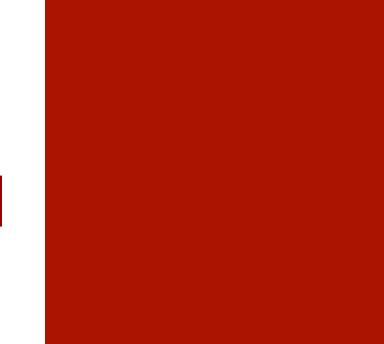
Scala di valutazione numerica

NESSUN DOLORE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MASSIMO DOLORE

NRS



Scala pediatrica



0



1



2



3



4

Wong-Baker

Valutare il paziente con deficit cognitivi: PAINAD

	0	1	2
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-Stokes
Vocalizzazione	Nessuna	Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta.	Smorfie.
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a scatti
Consolabilità	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Punteggio

0 = nessun dolore

10 = massimo dolore

Metodi oggettivi: Critical Care Pain Observational Tools (CPOT)

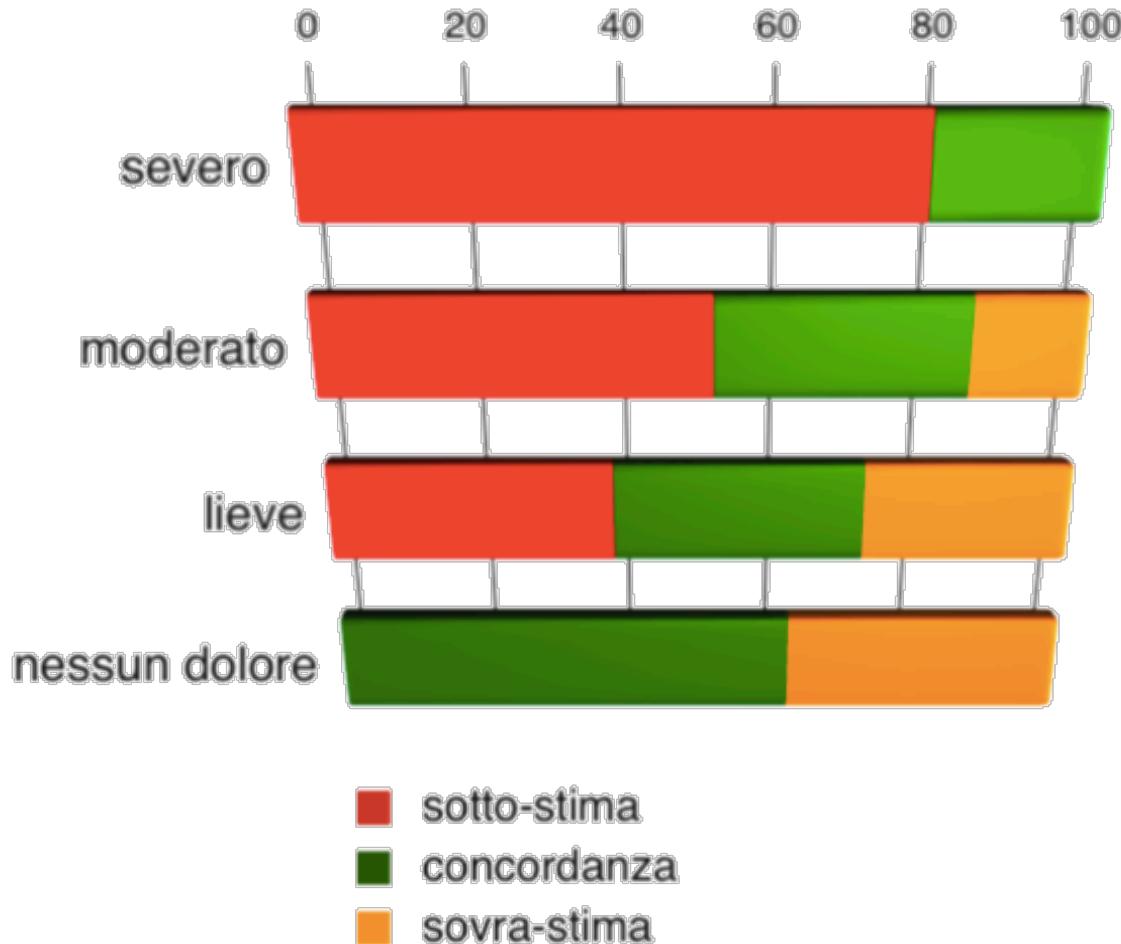
Espressione facciale	Rilassata	0
	Contratta (accigliato fronte aggrottata)	1
	Digrignante (grimacing)	2
Movimenti corpo	Nessun movimento	0
	Movimenti lenti (sede dolore etc.)	1
	Movimenti violenti (tubo, vie, etc)	2
Tensione muscolare	Nessuna resistenza movimento passivo	0
	Resistenza al movimento passivo	1
	Rigidità, no movimento passivo	2
Compliance Ventilatore oppure	Ventilazione ben tollerata	0
	Tosse ma ventilazione tollerata	1
	Contrasta, allarmi continui	2
Vocalizzazione	Normale	0
	Sospiri Lamenti	1
	Pianti Singhiozzi	2



Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation

Rita Maria Meliotti ^{a,c}, Boaz Gedaliahu Samolsky Dekel ^{a,c,*}, Francesca Carosi ^{a,c}, Ennio Ricchi ^d,
Paolo Chiari ^{b,e}, Rocco D'Andrea ^d, GianFranco Di Nino ^{a,c}

Il dolore lo giudico io!



La concordanza

859 pazienti
57 reparti di degenza
105 infermieri (1/15 pazienti)



Scienza e Carità
P. Picasso 1987

L' atteggiamento
etico e sociale

Il trattamento inadeguato: l' atteggiamento sanitario etico e sociale

■ **Operatori Sanitari- Medici e Infermieri**

- Sottostima del dolore e della sua intensità
- Scarsa aderenza alle LG e carenza di formazione
 - Prescrizioni inappropriate (68% FANS)
 - Pregiudizi sull' uso degli oppiacei
- Non corrette modalità di somministrazione
 - Terapia solo al bisogno, scarso utilizzo associazioni e farmaci adiuvanti, scarso controllo degli effetti collaterali

■ **Istituzioni**

- Timore di aumento della spesa sanitaria
- Pianificazione della formazione

Obiettivi del trattamento del dolore cronico

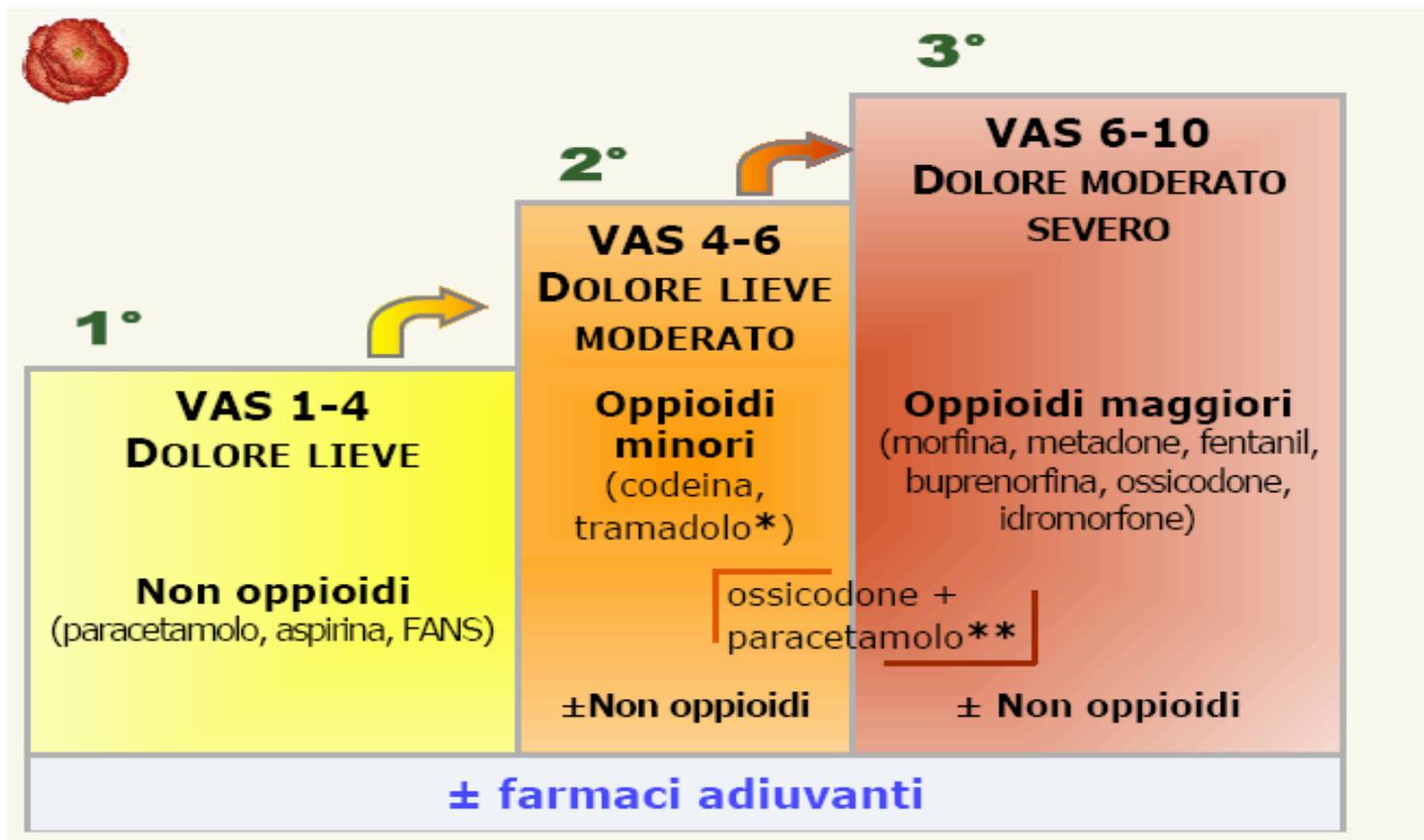
- Controllo del dolore
- Recupero funzionale
- Miglioramento qualità di vita
- Ripresa attività lavorativa
- Riduzione spesa sanitaria





Qual è il criterio per scegliere il trattamento farmacologico?

La strategia terapeutica a tre gradini OMS



Regole generali

- Credere ai disturbi lamentati dal paziente (" il dolore è ciò che il paziente dice essere dolore").
- Eseguire una accurata anamnesi (comprendendo anche la valutazione dello stato psicologico del paziente) e visita medica.
- Instaurare il trattamento antalgico prevedendo un adeguato follow up. Adattare la terapia in relazione alla risposta ottenuta

Le regole prescrittive della terapia con oppiacei

1. Per bocca
2. A orari fissi
 - ATC farmaci SR
 - Rescue farmaci IR
3. Secondo la scala
4. Terapia individualizzata
5. Prevenire e trattare gli effetti collaterali
6. Associare farmaci adiuvanti

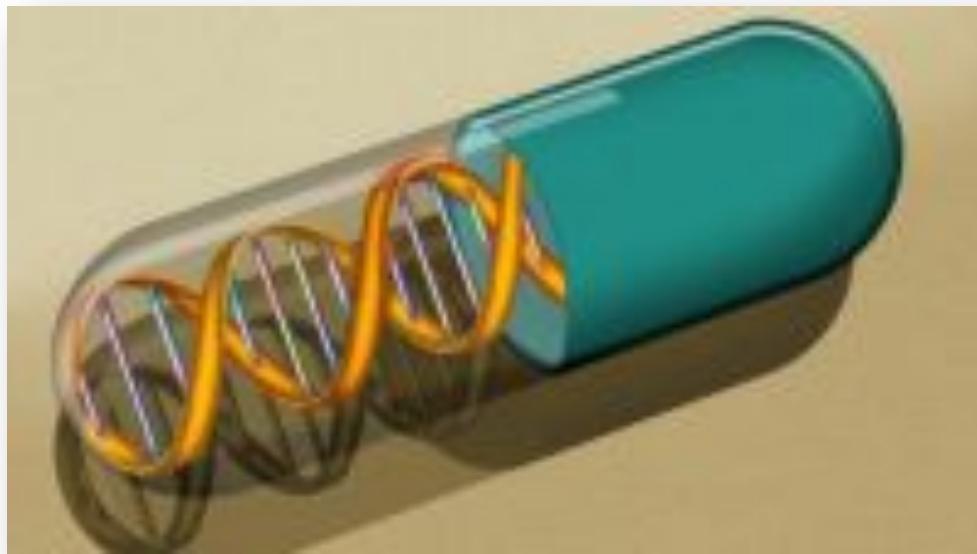




Come iniziare la terapia con oppiacei? la titolazione

- Titolazione Morfina per os (pz naive)
 - 5 mg ogni 4 ore (4 gtt, 2,5 ml ½ fl orale)
 - Valutare la dose giornaliera efficace
 - Ripartire il dosaggio totale in due somministrazioni retard/die
 - Incrementare la dose serale
- Titolazione in pz che assumono oppiodi minori
 - 10 mg ogni 4 ore

Personalizzare la terapia !!



1. La farmacogenomica
2. Le diverse risposte

Criteri di scelta degli opioidi maggiori



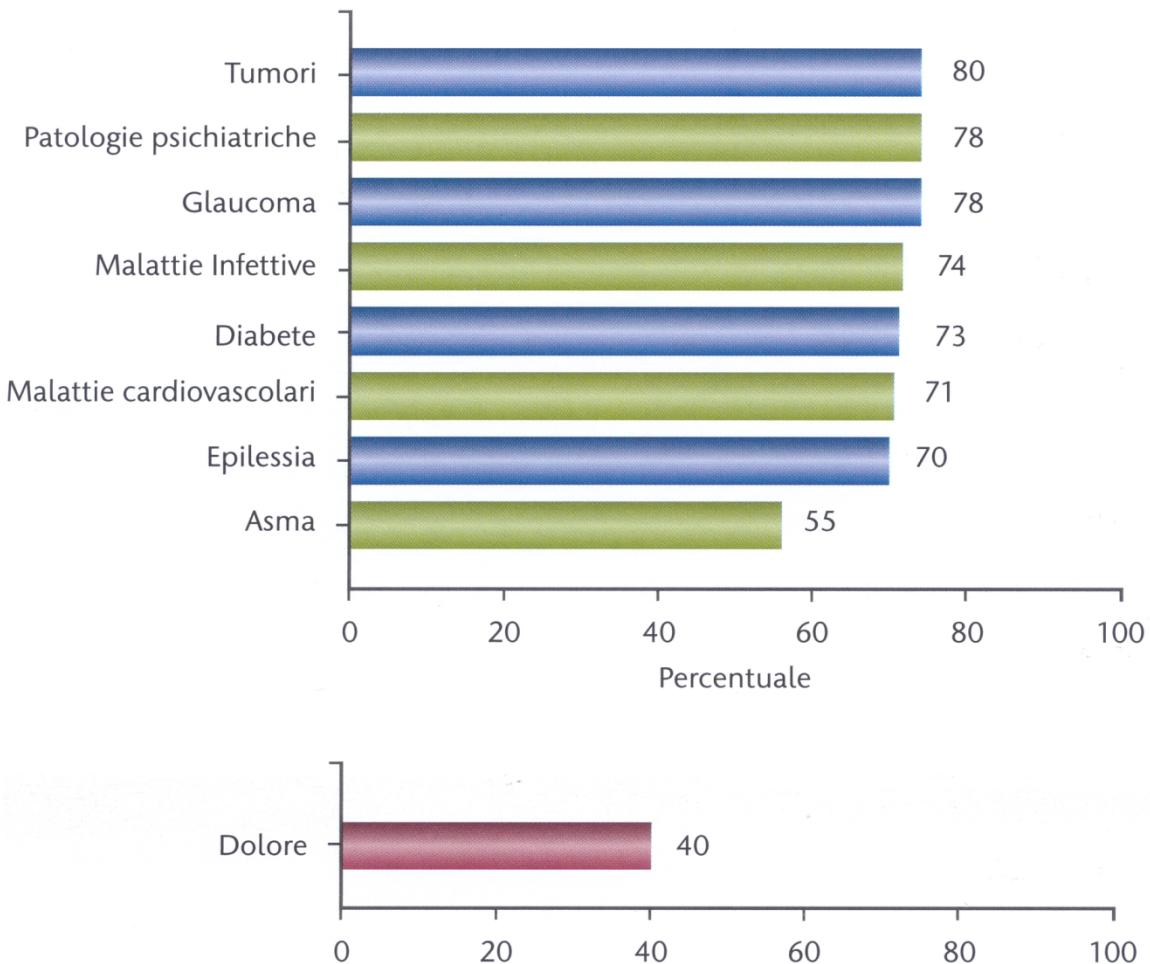
scenari dolore moderato/severo III gradino OMS	via di somministrazione raccomandata	opioidi raccoman- dati	commenti	note
Pazienti con dolore INSTABILE non in grado di assumere terapia orale	sottocute <i>endovenosa</i> **	morfina	Tutte le LG concordano sull'uso di morfina per via sottocutanea.	**Secondo la LG EAPC, l'infusione endovenosa di morfina è da riservare: a) in pazienti con sistemi endovenosi a permanenza; b) in pazienti con edema generalizzato; c) in pazienti che sviluppano eritema, irritazioni o ascessi sterili con la via s.c; d) in pazienti con disturbi della coagulazione; e) in pazienti con circolazione periferica compromessa.
Pazienti con dolore STABILE non in grado di assumere terapia orale	transdermica o sottocute ^a	fentanil TTS morfina sc	Le LG SIGN, EAPC, NCCN, ESMO concordano che il fentanil TTS è una alternativa alla morfina sottocute. La LG OMS non prende in considerazione il fentanil TTS perché al momento della stesura era da poco disponibile in commercio.	Buprenorfina TTS viene citata da 2 LG: <ul style="list-style-type: none"> la LG ESMO afferma che non ci sono studi recenti che dirimono le problematiche aperte sulle caratteristiche farmacologiche della buprenorfina TTS (vedi Pacchetto 2/2006); la LG SIGN la indica come "l'oppiode più sicuro nella IRC di grado 4-5 (filtrato glomerulare <30 ml/min)". La LG NCCN include la buprenorfina in una lista di opioidi non raccomandati (non menziona però la formulazione TTS). ^a Escluse le condizioni sopra citate** in cui va considerata la via ev.

Shift degli oppiacei: Tabella di Equianalgesia

FARMACO	Via somministrazione	Rapporto dose morfina/os	Dose/die
Morfina solfato	orale	1	60 mg
Morfina cloridrato	sc/im/ev	3	20 mg
Ossicodone	orale	2	30 mg
Idromorfone	orale	5-7.5	8 mg
Fentanyl TTS	Transdermico	2-4*	25-50 mcg/h
Buprenorfina TDS	Transdermico	1.7*	35 mcg/h

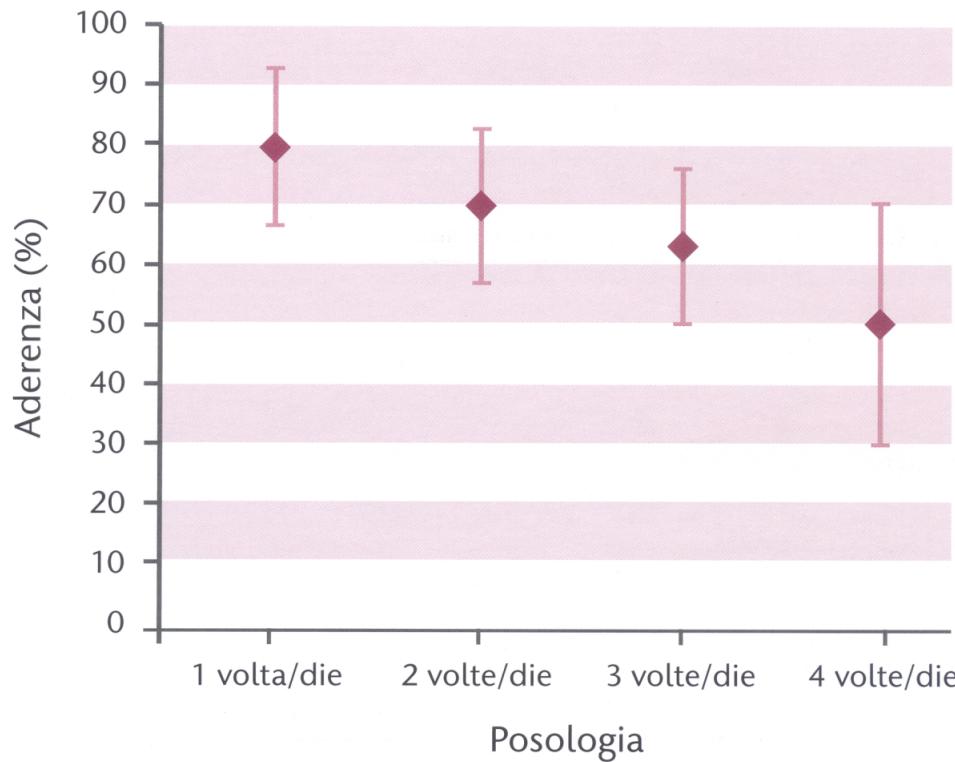
*diverse fonti di riferimento

Aderenza alla terapia nelle malattie croniche



Adherence to long-term therapies. Evidence for action. WHO 2003

Fattori che influenzano l' aderenza alla terapia



- Via di somministrazione
- Interferenza con lo stile di vita
- Incidenza di effetti collaterali
- N° di assunzioni giornaliere

Attuali orientamenti nel trattamento del dolore cronico

- Gli oppiacei non vanno riservati al dolore “maligno”
- Scelta del trattamento in rapporto alla causa ed entità del dolore
- Scelta dell’ analgesico meglio progettato nel tempo, con minori effetti collaterali o potenzialmente dannosi
- Primo trattamento con farmaci del II° gradino o direttamente del III°, anche come primo approccio in base alla entità del dolore.
- Trattamenti con oppiacei anche a tempo indeterminato per il dolore cronico benigno

General principles and risk management for patients receiving opioids

Authors

Russell K Portenoy, MD
Zankhana Mehta, MD
Ebtesam Ahmed, PharmD

Section Editor

Janet Abraham, MD

Deputy Editor

Diane MF Savarese, MD

All topics are updated as new evidence becomes available
and our peer review process is complete.

Literature review current through: Aug 2012.

.... topic last updated: ago 20, 2012.

UpToDate®
visit us online at <http://www.uptodate.com/store>

Identificare i fattori di rischio

- Ricercare nel soggetto e nei familiari storie di abuso alcolico o da farmaci
- Considerare un aumento del rischio potenziale nelle fasce “fragili” e nei disordini psichiatrici maggiori



Gestione del rischio: guida autoveicoli



- Studi osservazionali e trial non mostrano differenze rilevanti tra pazienti che assumono o non assumono oppiacei in dosi stabili da almeno 1 settimana
- All'inizio del trattamento e in fase di titolazione è opportuno sconsigliare ai pazienti la guida di autoveicoli
- Informare e condividere la responsabilità



Solo farmaci per la
terapia del dolore?

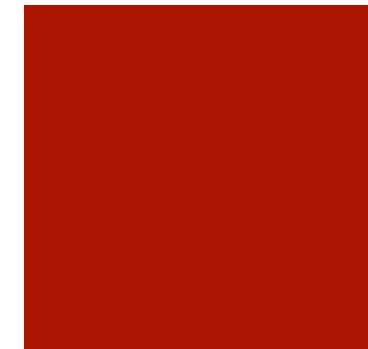
Dalla preemptive alla protective

- L’ uso di un solo farmaco in una sola fase (pre-emptive) non è in grado di agire a tutti i livelli del dolore e su tutti i mediatori
- L’ uso della terapia multifarmacologica estesa a tutto il periodo “protegge” realmente il paziente prevenendo i fenomeni di sensibilizzazione

Terapia multifarmacologica e multimodale

- **La terapia farmacologica è solo uno degli strumenti**
insieme alle abitudini di vita, alle terapie fisiche etc
- Associare farmaci con differente meccanismo d'azione consente di agire a più livelli
- **Se il primo livello di trattamento non ha effetto**
indirizzare il paziente al terapista del dolore
 - Maggiore esperienza nella gestione degli oppiacei
 - Valutazione dell' indicazione a trattamenti specifici invasivi e non
 - Blocchi nervosi periferici e centrali
 - Tecniche di stimolazione
 - Tecniche di neuromodulazione

Tecniche interventistiche di terapia antalgica

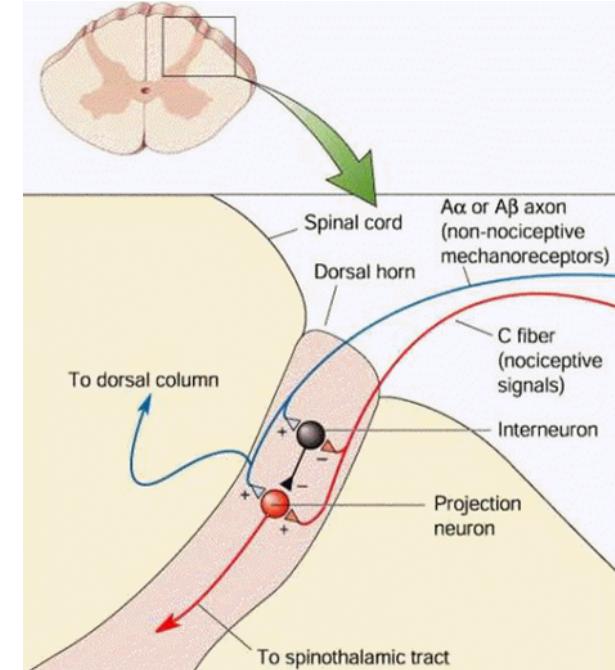


- Infiltrazione punti trigger
- Iniezione epidurale di steroidi
- Radiofrequenza faccette articolari
- Peridurolisi e periduroscopia
- Stimolazione midollare (SCS) e radicolare
- Impianto di pompe per l'infusione di oppiacei spinali



L'agopuntura è efficace nelle patologie reumatiche?

- OA: dati non conclusivi
- Artrite reumatoide: dati contrastanti 2 rct
- Fibromialgia: gli studi hanno limiti metodologici
- LBP e neck pain: RCT riportano caute conclusioni positive
- Epicondilite: buoni risultati a breve termine
- L'efficacia migliora se l'aspettativa è forte



Punto trigger-Zona grilletto (P T miofasciale)

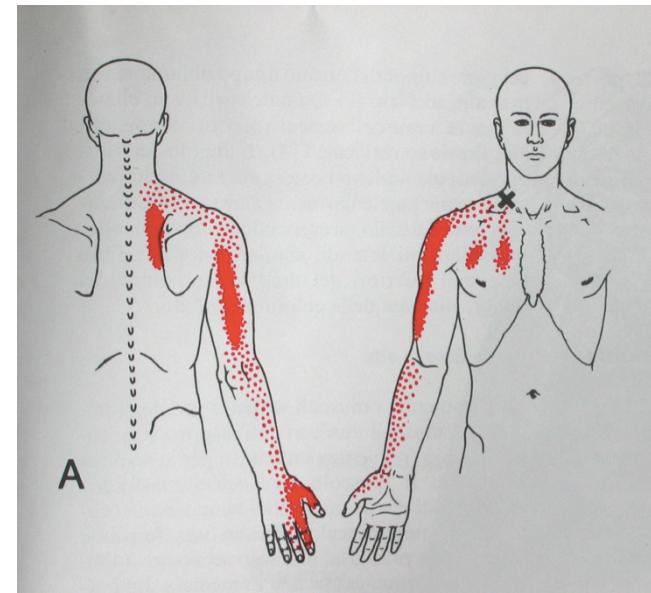


■ **Punto trigger miofasciale attivo:**

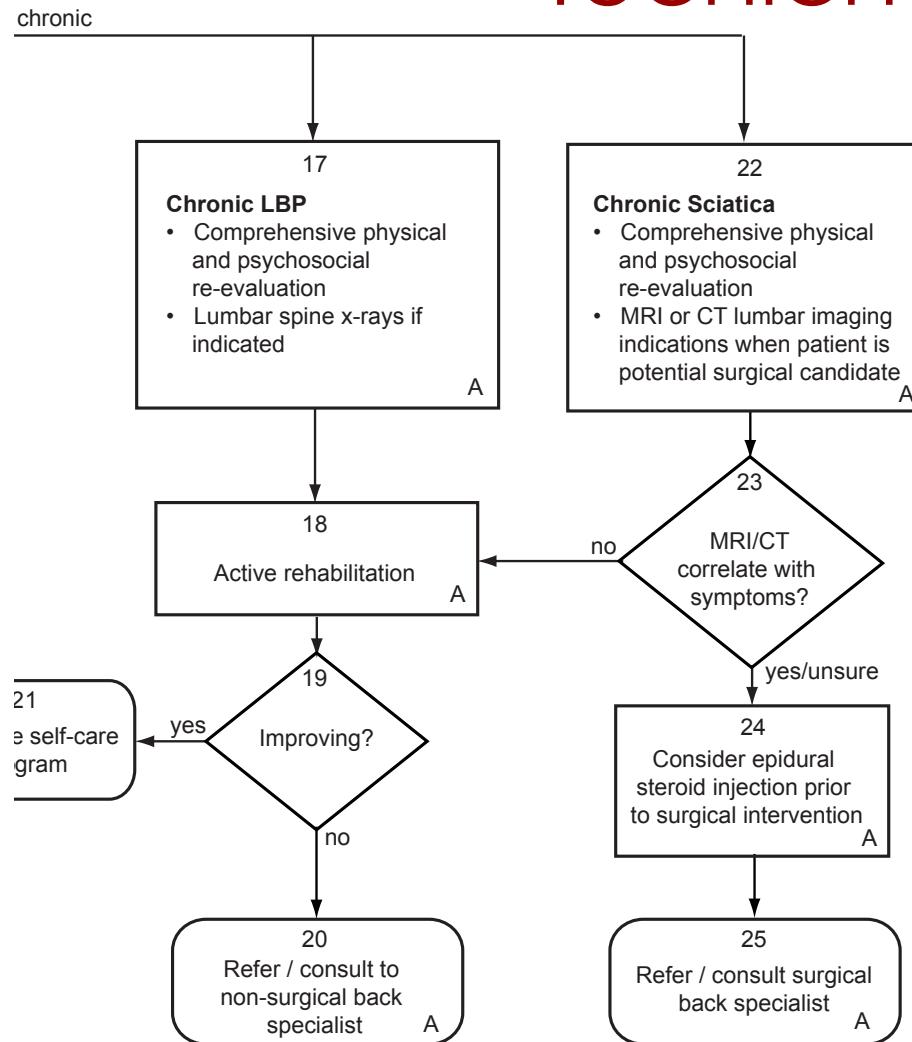
- focolaio di iper-attività in un muscolo o nella sua fascia che evoca dolore a riposo e durante il movimento, localmente, e proiettato a distanza, con una distribuzione spaziale specifica per quel muscolo.

Punto trigger miofasciale latente:

- è doloroso solo quando viene palpato



Tecniche di infiltrazione epidurale



• Interlaminare “alla cieca”

- Ricerca spazio tecnica perdita di resistenza
- **50% circa di successo** (farmaco non raggiunge la radice)
 - Fibrosi epidurale
 - Ernia

• Interlaminare o Transforamionale Rx guidata

- **80% circa di successo**
- Iniezione a livello dello spazio perineurale

• Caudale

- Elevati fallimenti : il farmaco non va oltre L5-S1 soprattutto in caso di stenosi vertebrale

Blocchi diagnostici e terapeutici delle faccette

- Blocco intra-articolare
 - Con e senza guida fluoroscopica
- Blocco del ramo mediale
 - Con e senza guida fluoroscopica
- RF del ramo mediale
 - Guida Fluoroscopica-TC

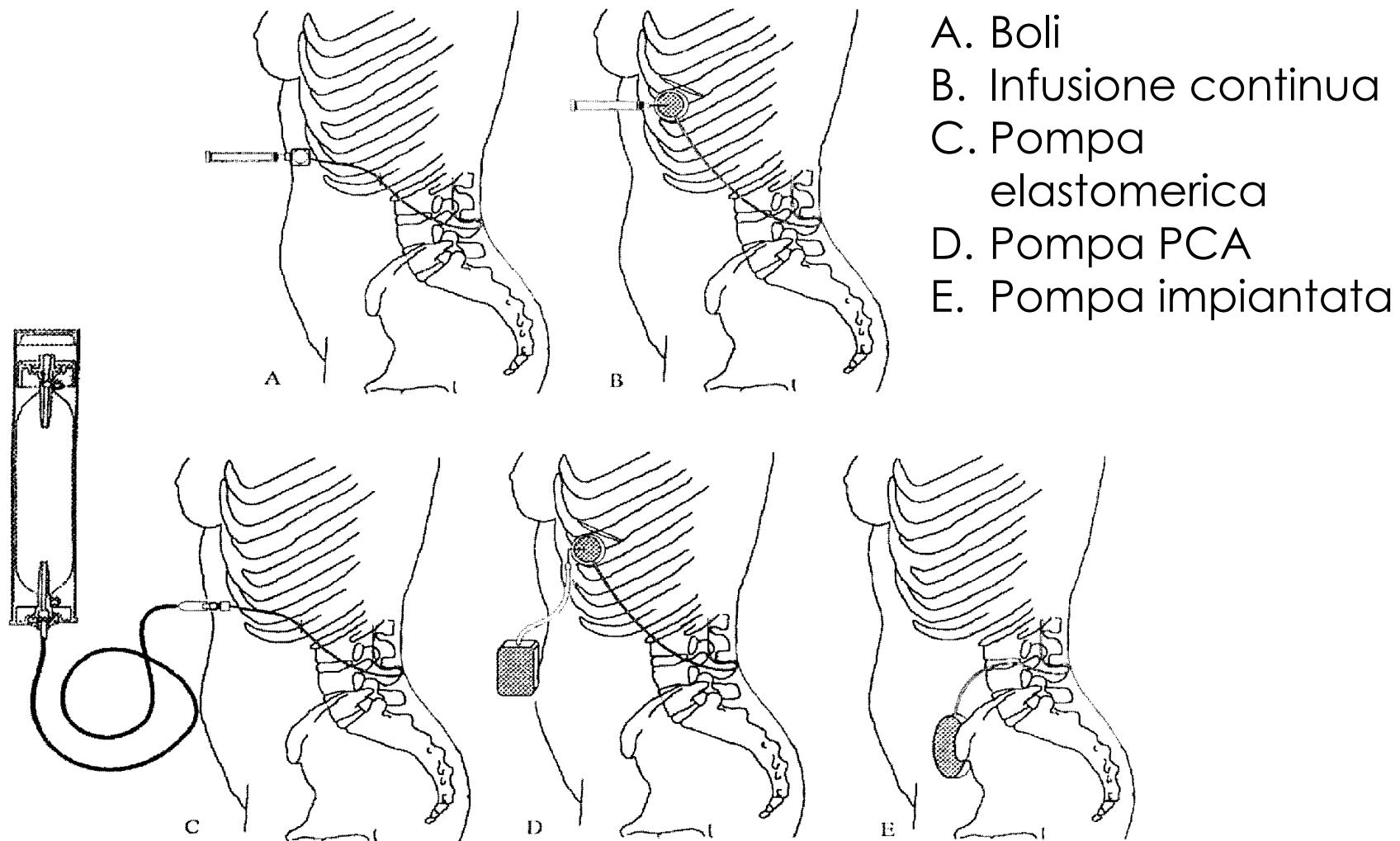


Blocco terapeutico: neurolisi con radiofrequenza TC guidata



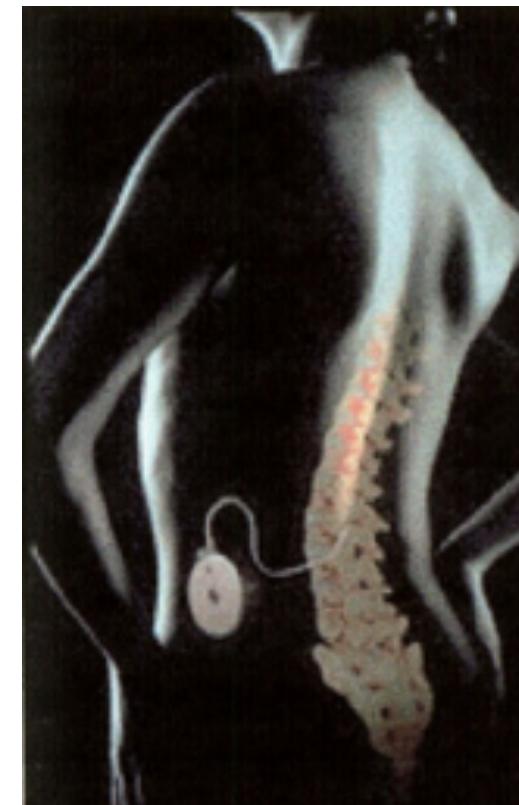
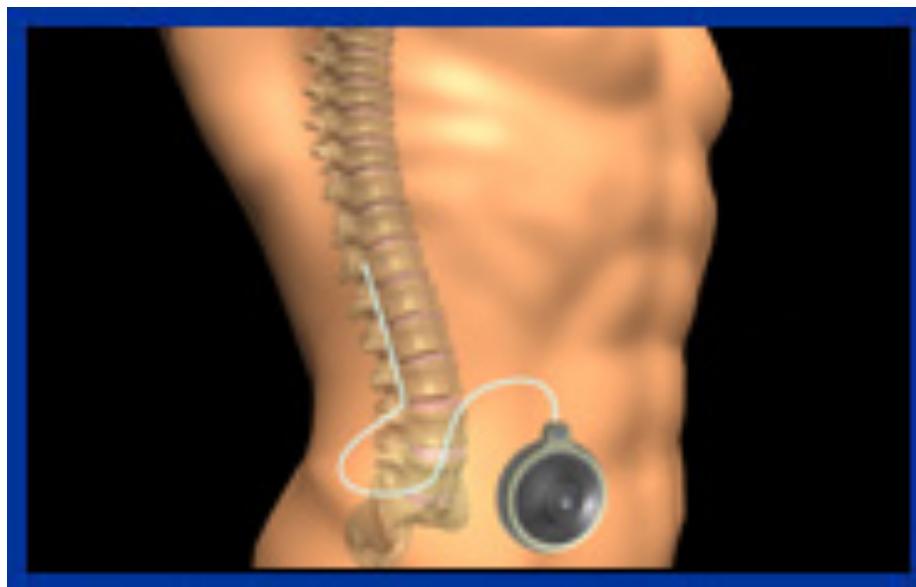
Posizione corretta dell' ago confermata con test di stimolazione

Modalità di somministrazione farmaci spinali



Impianto di pompe elettroniche

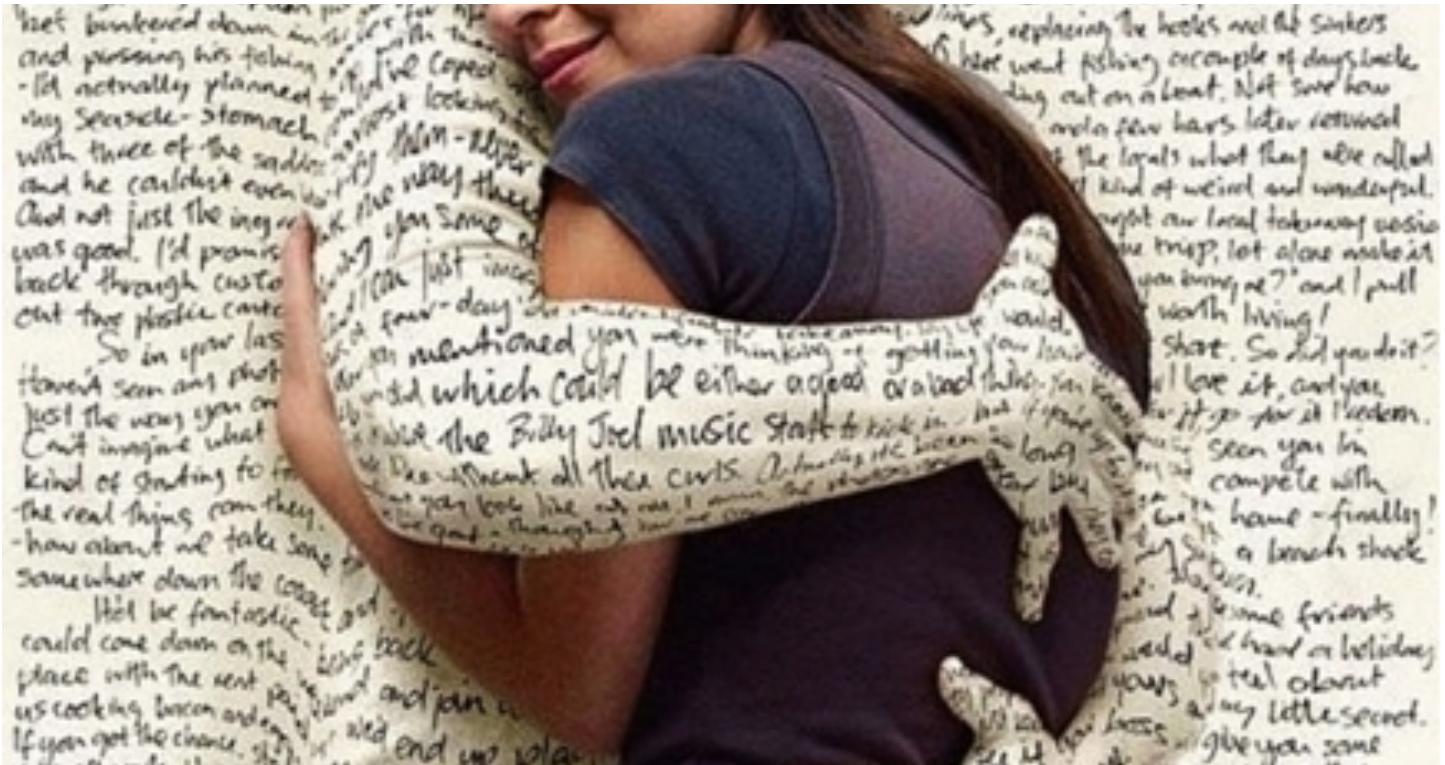
Test farmacologico pre-impianto definitivo



Posizionamento di elettrocattetere per la stimolazione cordonale



La relazione di cura



- Comunicare
- Spiegare
- Illustrare
- Comprendere
- Obiettivi condivisi con il paziente
- Comunicazione effetti collaterali e trattamento
- Rinforzo

Take home messages

- La conoscenza dei meccanismi fisiopatologici è il presupposto di un corretto trattamento farmacologico e strumentale
- Non sappiamo a priori chi tra i nostri pazienti svilupperà un “dolore –malattia”
- Le opzioni terapeutiche possono essere per la vita ma anche solo “bridge”
- Una corretta terapia analgesica non è un “trattamento caritativo” ma ha regole precise, presupposti scientifici e contribuisce a prevenire la cronicizzazione e a migliorare la vita dei nostri pazienti