

Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale

 Regione Emilia-Romagna

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ISSN 1591-223X

DOSSIER

194-2010

Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agazia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione, impaginazione e traduzione in inglese del Sommario Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, settembre 2010

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss194.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

**Il documento è stato predisposto dal gruppo di lavoro multidisciplinare
"Dolore in area medica" del Comitato regionale per la lotta al dolore della
Regione Emilia-Romagna**

Elena Marri	coordinatrice Servizio Presidi ospedalieri, Regione Emilia-Romagna (responsabile Eugenio Di Ruscio)
Pierluigi Aragosti	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
Lorenza Bacchini	Azienda USL di Parma
Elena Bandieri	CeVEAS - Azienda USL di Modena
Francesco Campione	Università degli Studi di Bologna
Giuseppe Civardi	Azienda USL di Piacenza
Lorenza Franchini	Azienda USL di Reggio Emilia
Massimo Gallerani	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Teresa Matarazzo	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Andrea Martoni	Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
Cristina Pedroni	Azienda USL di Reggio Emilia
William Raffaelli	Azienda USL di Rimini
Giuseppe Re	Azienda USL di Ravenna
Rossella Rodolfi	Azienda USL di Reggio Emilia
Maria Russo	Azienda USL di Rimini
Ester Sapigni	Servizio Politica del farmaco, Regione Emilia-Romagna
Stefania Taddei	per la Commissione regionale farmaco
Maria Trapanese	Servizio Politica del farmaco, Regione Emilia-Romagna
Danila Valenti	Azienda USL di Bologna
Susanna Vicari	Azienda USL di Bologna

Hanno contribuito e condiviso i contenuti del documento i membri del Comitato regionale per la lotta al dolore

- Elena Marri** coordinatrice del Comitato regionale per la lotta al dolore della Regione Emilia-Romagna
- Massimo Annichiarico** Direttore sanitario, Azienda USL di Bologna
- Pierluigi Aragosti** UO Anestesia e rianimazione, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
- Lorenza Bacchini** Medico di medicina generale, Azienda USL di Parma
- Elena Bandieri** Responsabile Formazione aziendale cure palliative in oncologia, CeVEAS - Azienda USL di Modena
- Simonetta Baroncini** UO anestesia e rianimazione
Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
- Stefano Bonarelli** Direttore del Servizio di anestesia-rianimazione terapia intensiva, Istituto ortopedico Rizzoli
- Francesco Campione** Dipartimento di psicologia clinica, Università di Bologna
- Giuseppe Civardi** Direttore UO di medicina interna, Azienda USL di Piacenza
- Guido Fanelli** Direttore UO anestesia, rianimazione terapia antalgica
Azienda ospedaliero-universitaria di Parma
- Marta Fin** Agenzia informazione e Ufficio stampa della Giunta Regione Emilia-Romagna
- Francesca Francesconi** Servizio Sistema informativo Sanità e politiche sociali Regione Emilia-Romagna
- Elda Longhitano** Direzione sanitaria
Azienda ospedaliero-universitaria di Modena
- Marco Maltoni** Direttore UO cure palliative, Azienda USL di Forlì
- Remo Martelli** Presidente del Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ)
- Andrea Martoni** Direttore Oncologia medica
Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
- Teresa Matarazzo** Responsabile Comitato ospedale senza dolore,
Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
- Rita Melotti** Agenzia sanitaria e sociale regionale
- Cristina Pedroni** Azienda USL di Reggio Emilia
- William Raffaelli** Direttore UO terapia del dolore cure palliative, Azienda USL di Rimini
- Francesca Raggi** Azienda USL di Bologna
- Maria Rolfini** Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
- Ester Sapigni** Servizio Politica del farmaco Regione Emilia-Romagna
- Danila Valenti** Responsabile Hospice Seragnoli e Hospice del Bellaria
Azienda USL di Bologna, Vicepresidente SICP

Indice

Sommario	7
<i>Abstract</i>	9
Introduzione	11
Il dolore in ambito internistico: note di fisiopatologia e strategie di inquadramento	12
Il dolore nel fine vita	13
1. La dimensione del problema	15
1.1. Inquadramento generale: i dati epidemiologici	15
1.2. Il dolore oncologico	16
1.3. Il dolore negli anziani	16
1.4. Il dolore nei malati con decadimento cognitivo	16
1.5. Il dolore in ambiente internistico	17
2. La valutazione e le scale di misurazione del dolore	19
2.1. Scale unidimensionali	19
2.2. Scale multidimensionali	22
3. La gestione del malato con dolore	23
3.1. Modalità operative	25
4. Principi generali di trattamento del dolore	27
5. Il trattamento del dolore secondo la scala dell'OMS	29
5.1. La scala a tre gradini dell'OMS	30
5.2. Analgesici non oppioidi	30
5.3. Analgesici oppioidi	31
5.4. Trattamenti adiuvanti	33
5.5. Gestione degli effetti collaterali	33
6. Il medico di medicina generale e le cure primarie	35
7. Quando chiedere aiuto allo specialista	37

(continua)

8. Tecniche invasive	39
9. Strategie non farmacologiche	41
9.1. Riflessioni sul dolore nel fine vita	42
10. Comunicazione e formazione	45
Glossario	47
Riferimenti bibliografici	49
Allegati	55
Allegato 1. Documenti di riferimento	57
Allegato 2. <i>Pain assessment in advanced dementia (PAINAD)</i>	59
Allegato 3. Scala Abbey	61
Allegato 4. Scala OMS	63
Allegato 5. Scala di astinenza OOWS (<i>objective opioid withdrawal scale</i>)	65
Allegato 6. Tabella a titolo esemplificativo dei principali farmaci analgesici in uso	67

Sommario

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 di frequente assistiti, oltre che in ambienti "dedicati", anche nelle unità di medicina interna e sul territorio. Il controllo del dolore, acuto e cronico, di origine oncologica e non oncologica, è efficace non solo sull'*outcome* clinico ma anche sulla risposta terapeutica della patologia di base, consentendo di prevenire invalidità secondarie e di ottenere un significativo miglioramento della qualità della vita.

Il documento regionale - di seguito presentato - ha lo scopo di promuovere un approccio clinico integrato e lo sviluppo di relazioni tra *équipe* assistenziali, malato e contesto familiare, in ogni fase del processo diagnostico, terapeutico e assistenziale.

Il documento identifica come finalità:

- la diffusione della cultura dell'attenzione al dolore/sofferenza della persona, per l'umanizzazione delle cure e per la prevenzione dei danni derivanti da una sua cronicizzazione;
- la sensibilizzazione del personale alla valutazione del dolore per il suo adeguato controllo;
- la promozione di un comportamento di appropriatezza clinica;
- la valorizzazione della continuità terapeutico-assistenziale.

I principali obiettivi che le linee di indirizzo riconoscono sono:

- garantire a tutti i pazienti la rilevazione dell'intensità soggettiva del dolore, al pari degli altri parametri vitali, attraverso l'utilizzo di scale validate;
- garantire il trattamento del dolore attraverso l'adozione dei protocolli terapeutici basati sull'evidenza;
- promuovere percorsi di integrazione ospedale-territorio con il coinvolgimento del medico di medicina generale, dell'infermiere di cure primarie e di tutti i punti della rete assistenziale.

Presupposto per il raggiungimento di questi obiettivi è un cambiamento culturale che mette al centro la persona coinvolgendola attivamente nel percorso di cura (*patient empowerment*).

Il documento, articolato in 10 capitoli, affronta il tema del dolore in area medica, considerando gli specifici aspetti riguardanti:

- dati epidemiologici;
- fisiopatologia e strategie di inquadramento;
- valutazione e scale di misurazione;
- gestione del paziente con dolore;

- principi generali del trattamento;
- ruolo del medico di medicina generale;
- quando chiedere aiuto allo specialista;
- tecniche invasive;
- strategie non farmacologiche, con una particolare attenzione al dolore in fine vita;
- comunicazione e formazione.

Il Comitato regionale per la lotta al dolore della Regione Emilia-Romagna, che ha approvato e condiviso il presente documento, in attuazione della Legge n. 38/2010, ha scelto di adottare la scala numerica (NRS) - già ampiamente diffusa in regione - quale strumento unico per la misurazione del dolore, sia in ospedale sia sul territorio.

Aspetti strategici per il cambiamento sono inoltre rappresentati dalla comunicazione e dalla formazione, che devono accompagnare l'implementazione delle linee di indirizzo del progetto "Ospedale e territorio senza dolore".

Abstract

Guidelines to treat pain in medical area

Pain in medical area represents one of the major health issues at global level, both because of ageing population and for the increase of chronic degenerative (osteoarticular, neurological, vascular) diseases and of cancer. People with these pathologies are usually taken care in "dedicated" environments but also in Internal medicine units and by local health services. The control of pain, acute and chronic, of oncological and non oncological origin, is efficacious in the clinical outcome and also on the therapeutic response to the original pathology, thus allowing to prevent secondary invalidities and to obtain a significant improvement in life quality.

The regional document is meant to promote and integrate clinical approach and the development of relationships between care team, patient and his/her family in every single phase of the diagnostic, therapeutic and care process. The main goals of the document are:

- *to spread a culture that is attentive to pain/suffering of the person, to favour humanization of care and to prevent consequences of pain chronicization;*
- *to sensitize health personnel on pain assessment and control;*
- *to promote clinical appropriateness;*
- *to valorise therapeutic-care continuity;*
- *to guarantee to all patients the measurement of subjective pain intensity as any other vital parameter, using validated scales;*
- *to guarantee the treatment of pain using evidence-based therapeutic protocols;*
- *to promote integration paths between hospital and local services, involving general practitioners, primary care nurses and the whole care network.*

To reach these goals a cultural change is necessary, where the ill person is central and actively involved in the care paths (patient empowerment).

The document is articulated in 10 chapters that deal with the following aspects:

- *epidemiological data;*
- *physiopathology and setting strategies;*
- *assessment and scales of measurement;*
- *management of the patient with pain;*
- *general principles of the treatment;*
- *role of the general practitioner;*
- *referral to a specialist;*
- *invasive techniques;*
- *non pharmacological strategies, with particular focus on pain at the end of life;*
- *communication and education.*

In application of Law no. 38/2010, the Emilia-Romagna Regional Committee to contrast pain, that approved the present document, has agreed to adopt the numerical rating scale (NRS) - already widely spread - as regional shared tool to measure pain, both in hospitals and in local health services.

Also communication and education are strategic, and have to support the implementation of guidelines of the "Hospital and local area without pain" project.

Introduzione

Il Comitato regionale per la lotta al dolore ha tra le sue finalità quella di diffondere la cultura dell'attenzione al dolore e alla sofferenza della persona, per l'umanizzazione delle cure, secondo le linee e gli obiettivi del piano regionale sociale e sanitario.

Il dolore in area medica rappresenta uno dei principali problemi sanitari dei nostri giorni a livello mondiale, sia per l'invecchiamento della popolazione, sia per l'aumento delle patologie cronico-degenerative (osteoarticolari, arteriopatie e neuropatie) e dei tumori.

I malati affetti da tali condizioni sono di frequente assistiti, oltre che in ambienti "dedicati", anche nelle unità di medicina interna e sul territorio.

Il controllo del dolore, acuto e cronico, di origine oncologica e non oncologica è efficace non solo sull'*outcome* clinico ma anche sulla risposta terapeutica della patologia di base. Trattare il dolore consente anche di prevenire invalidità secondarie e ottenere un significativo miglioramento della qualità della vita (Alford *et al.*, 2008).

Un corretto approccio al trattamento del dolore coinvolge frequentemente il personale medico e infermieristico e talora comporta il coinvolgimento di specialisti a diversa vocazione. Per ricondurre a unità gli interventi sulla persona con dolore occorre garantire una gestione integrata tra i differenti ambiti specialistici, in una logica di continuità delle cure ospedale-territorio.

La IASP (International Association for the Study of Pain, 1986) definisce il dolore come

esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tessutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di tale danno.

Il dolore cronico identifica una condizione patologica dolorosa che persiste, senza correlazione con una causa identificata, da almeno tre mesi. Questa patologia può essere conseguenza di uno stato di malattia la cui guarigione non coincide con la remissione del dolore, oppure essere indipendente da malattie causali.

Il presente documento individua elementi di indirizzo e orientamento clinico-organizzativo per trattare il dolore in area medica e favorire la diffusione di buone pratiche cliniche (*best practice*), in coerenza con gli indirizzi delle linee guida regionali del progetto "Ospedale-territorio senza dolore", che ha anche l'obiettivo dell'integrazione con le Cure primarie per assicurare continuità assistenziale.

A questo fine il Comitato ospedale-territorio senza dolore può avvalersi delle competenze delle Strutture di terapia del dolore, per le quali la Giunta regionale dell'Emilia-Romagna - con deliberazione n. 947/2009 - ha previsto requisiti specifici di accreditamento, a garanzia della qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, anche di quelle a maggiore complessità.

Per gli aspetti riguardanti la terapia farmacologica, il presente documento è stato sottoposto al controllo della Commissione regionale farmaco, CRF (DGR n. 1540/2006), istituita con la funzione di aggiornare il Prontuario terapeutico regionale, strumento di

governo clinico per l'utilizzo appropriato dei farmaci nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna.

Con questo documento si intende promuovere l'integrazione ospedale-territorio, un approccio clinico integrato e lo sviluppo di relazioni tra *équipe* assistenziali, malato e contesto familiare, in ogni fase del processo diagnostico, terapeutico e assistenziale.

Il dolore in ambito internistico: note di fisiopatologia e strategie di inquadramento

Il dolore complica molte patologie pertinenti all'area internistica quali patologie muscolo-scheletriche, neurologiche e vascolari, e la maggior parte dei tumori solidi. Dati recenti di letteratura (Costantini *et al.*, 2009; Morselli *et al.*, 2010) rilevano inoltre come il dolore sia presente anche nelle patologie ematologiche maligne (leucemie e linfomi).

Dal punto di vista clinico si distingue il dolore di natura nocicettiva da quello neuropatico.

- Il dolore nocicettivo è, per così dire, il dolore fisiologico. In esso le strutture periferiche appositamente e finalisticamente dedicate alla rilevazione di insulti e di danni tissutali, i nocicettori, presenti in strutture somatiche e viscerali, sono attivati e trasmettono l'impulso alle strutture centrali. L'integrazione a vari livelli della nocicezione e la percezione finale del sistema nervoso centrale costituiscono il dolore accusato che, in genere, è correlato con l'entità del danno tissutale. Il dolore nocicettivo somatico è spesso localizzato e può essere descritto come penetrante, urente, lancinante o gravativo; quello viscerale è generalmente meno localizzato e può essere identificato come sordo o crampiforme se provocato dal coinvolgimento di un viscere cavo, lancinante o penetrante se dovuto al danno di membrane periviscerali o mesenterici.
- Il dolore neuropatico è caratterizzato da un danno o disfunzione del tessuto nervoso periferico o centrale. Le sindromi dolorose neuropatiche si possono suddividere in base alla localizzazione della patologia neurologica. Il dolore neuropatico è di difficile controllo e spesso è solo parzialmente sensibile alla terapia richiedendo interventi procedurali specifici.
- Nella pratica clinica circa il 40-45% dei malati presenta una sintomatologia dolorosa di origine mista, nocicettiva e neuropatica, che comprende in particolare le situazioni di dolore cronico di origine neoplastica, da malattie da intrappolamento e di origine ischemica.

Prima di analizzare le tipologie del dolore è utile distinguere due macro-aree: il dolore acuto e il dolore cronico, che differiscono nella loro eziologia, fisiopatologia, funzione biologica, diagnosi e terapia (Carr, Goudas, 1999; Jones, 2001; Kidd, Urban, 2001; Kuch, 2001). Questa differenziazione è propria di ciascuna malattia e induce a un comportamento terapeutico differente nel fine e nella gestione.

- Il dolore acuto è definito come un dolore a inizio recente, spesso brusco e di durata limitata; generalmente ha una correlazione causale e temporale identificabile con un danno tissutale o con una malattia. Deriva dall'attivazione del sistema sensoriale che

segnala un danno tissutale potenziale o attuale, a esordio recente e di probabile durata limitata. Solitamente è identificabile un rapporto di causalità con una lesione o una patologia.

Nella gestione del dolore acuto è rilevante identificare la patogenesi poiché obbliga a strategie di cura totalmente differenti.

- Il dolore cronico è arbitrariamente definito come un dolore che persiste per più di 3-6 mesi o oltre il periodo tempo previsto per la risoluzione (Loeser, Treede, 2008).

Il modello da usare sarà differente a seconda si tratti di malato in fase avanzata di malattia oppure di malato con disabilità permanente. Nel dolore cronico l'obiettivo prioritario è la riduzione del dolore e il miglioramento dell'autonomia personale con riduzione della disabilità. Anche quando ha un'origine non neoplastica, il dolore cronico comporta spesso conseguenze particolarmente invalidanti sotto il profilo psicosociale, accompagnandosi non di rado a depressione; ciò motiva l'indicazione ad attuare un approccio multidimensionale.

Il dolore nel fine vita

Il dolore nelle fasi avanzate di malattia assume caratteristiche di dolore globale, ossia di sofferenza personale che trova la propria eziopatogenesi, oltre che nella sofferenza fisica, anche in quella inerente alla sfera psichica, sociale e spirituale.

In considerazione della complessità e della molteplicità delle condizioni patologiche, qualora il trattamento non riconosca un beneficio, oppure sia indicata una procedura specifica quale terapia elettiva, ci si potrà avvalere di una rete specifica a differenti livelli di specializzazione (Strutture di terapia del dolore).

Le finalità del presente documento sono:

- diffondere la cultura dell'attenzione al dolore e alla sofferenza della persona, per l'umanizzazione delle cure e per la prevenzione dei danni derivanti dalla sua cronicizzazione;
- sensibilizzare il personale alla valutazione del dolore per il suo adeguato controllo;
- facilitare un comportamento di appropriatezza clinica;
- garantire la continuità terapeutico - assistenziale.

I principali obiettivi da perseguire sono:

- garantire a tutti i malati la rilevazione dell'intensità soggettiva del dolore, al pari degli altri parametri vitali, attraverso l'utilizzo di scale validate;
- garantire il trattamento del dolore attraverso l'adozione di protocolli terapeutici basati sull'evidenza;
- promuovere percorsi di integrazione ospedale-territorio con il coinvolgimento del medico di medicina generale, dell'infermiere di cure primarie e di tutti i punti della rete assistenziale.

Presupposto per il raggiungimento di questi obiettivi è un cambiamento culturale che metta al centro la persona coinvolgendola attivamente nel percorso di cura (*patient empowerment*). I malati con dolore, in particolare quelli con dolore "difficile" persistente, devono essere coinvolti attivamente nel percorso di cura e di educazione terapeutica.

Oltre che agli aspetti clinici e terapeutici, la formazione dei professionisti deve prestare attenzione alle criticità anche di tipo relazionale ed emozionale che possono interferire con l'adesione al programma terapeutico.

In linea con tali presupposti, occorre potenziare gli interventi di comunicazione rivolti ai cittadini, anche per facilitare l'accesso alla conoscenza dei luoghi di cura, delle opportunità terapeutiche e dei servizi attivabili.

1. La dimensione del problema

1.1. Inquadramento generale: i dati epidemiologici

Il dolore ha un'incidenza nella popolazione generale in Europa di circa il 25-30% (Breivik *et al.*, 2006, 2009). In particolare il dolore cronico che perdura da oltre tre mesi rappresenta quello con maggiore impatto sociale e costi elevati per il Servizio sanitario nazionale. Le pesanti ricadute economiche sono state ampiamente stimate dalla letteratura scientifica (Breivik *et al.*, 2006, 2009), in termini di spese sociali legate alle conseguenze della disabilità con conseguenze sul fronte lavorativo a causa del mancato controllo del sintomo.

Nonostante una crescente disponibilità di linee guida *evidence based*, di farmaci per il controllo del dolore, di provvedimenti normativi per promuovere l'impiego di analgesici oppioidi nella terapia del dolore, una frazione consistente della popolazione europea continua a presentare dolore. Stime di prevalenza del sintomo dolore presenti in letteratura mostrano, infatti, che tra il 40 e il 63% dei pazienti ospedalizzati riferisce dolore (Costantini *et al.*, 2002; Melotti *et al.*, 2005; Ripamonti *et al.*, 2000), con picchi dell'82,3% nei pazienti oncologici in stadi avanzati o terminali della malattia (in ospedale e a domicilio) (Costantini *et al.*, 2009).

La variabilità del dato è dovuta all'eterogeneità della popolazione, sia dal punto di vista epidemiologico sia da quello clinico (malati oncologici, con patologie cronico-degenerative, sottoposti a intervento chirurgico, *setting* di cura diversi, ecc.). Da un recente studio nazionale sul dolore in ospedale (Sichetti *et al.*, 2010) è emerso come il ricovero in un *setting* non oncologico rappresenti un fattore di rischio indipendente per ricevere un inadeguato trattamento del dolore. In particolare, l'area internistica si associa a un'inappropriata gestione del dolore rispetto a quella oncologica, suggerendo la necessità di un maggiore impegno formativo in tale ambito.

L'Italia è al terzo posto in Europa, dopo Norvegia e Belgio, per quanto riguarda la prevalenza del dolore cronico e al primo posto per quanto riguarda la prevalenza del dolore cronico severo (13%) (Breivik *et al.*, 2006, 2009).

Meritevoli di nota sono inoltre le evidenze concernenti il consumo di morfina (e più in generale di oppioidi) considerato internazionalmente l'indicatore di qualità dei programmi di controllo del dolore (WHO, 2000); alcuni studi europei, oltre a dati nazionali (OsMed) degli ultimi anni, mostrano che in molti Paesi (tra cui l'Italia) l'utilizzo di oppioidi, sebbene aumentato, è ancora inadeguato rispetto alle reali esigenze terapeutiche dei pazienti (Bandieriet *al.*, 2009; De Conno *et al.*, 2005; International Narcotics Control Board, 2004).

1.2. Il dolore oncologico

Per quanto riguarda le neoplasie, si stima che in Italia muoiano di tumore circa 160.000 persone l'anno. Una percentuale variabile dei malati di tumore, in relazione allo stadio di malattia, soffre di dolore (dal 20 al 50% dei malati già al momento della diagnosi, fino al 95% negli stadi avanzati o terminali di malattia).

Uno studio (Costantini *et al.*, 2002) sulla prevalenza del sintomo dolore oncologico condotto in undici Paesi europei (compresa l'Italia) su 5.084 pazienti adulti ha documentato che:

- una percentuale del 56% ha dichiarato di presentare un dolore di intensità da moderata a severa;
- il 69% dei malati ha riferito difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane a causa del dolore;
- il 50% ritiene che la qualità di vita non sia considerata una priorità della cura globale da parte dei sanitari.

1.3. Il dolore negli anziani

La prevalenza del dolore negli anziani non istituzionalizzati varia dal 25 al 50%, in quelli istituzionalizzati varia dal 45 a oltre l'80%. La popolazione anziana residente in struttura è quella più a rischio di ricevere un inadeguato trattamento del dolore (De Conno *et al.*, 2005; Teno *et al.*, 2001).

Questi dati contrastano con l'idea, peraltro infondata, che ipotizza una riduzione della percezione e dell'intensità del dolore con l'avanzare dell'età. Anche se non c'è alcun fondamento scientifico che dimostri una riduzione della percezione e dell'intensità del dolore con l'avanzare dell'età, erroneamente si ritiene che tale sintomatologia sia meno frequente fra gli anziani.

La polipatologia, l'aumentata prevalenza del deficit cognitivo e sensoriale e la presenza di depressione sono fattori che possono sottostimare la sintomatologia dolorosa da parte dell'anziano. Inoltre, è stato evidenziato come gli anziani siano meno consapevoli delle strategie terapeutiche esistenti per alleviare il dolore e, comunque, abbiano timore di aggiungere analgesici alle terapie già in atto.

1.4. Il dolore nei malati con decadimento cognitivo

Un altro dato importante da rilevare è lo scarso utilizzo di farmaci analgesici nei soggetti con deterioramento cognitivo (Scherder *et al.*, 2005). Si può osservare come il deficit cognitivo sia un fattore che interferisce negativamente con il trattamento antidolorifico (Frisoni *et al.*, 1999). In realtà il dolore riferito dai malati con decadimento cognitivo deve essere tenuto in conto tanto quanto quello di coloro che non presentano alcun decadimento.

1.5. Il dolore in ambiente internistico

Le indagini epidemiologiche eseguite negli ospedali dell'Emilia-Romagna hanno ripetutamente rilevato una prevalenza del dolore severo in area medica superiore a quella delle altre aree di ricovero (21,5% vs 18,7%); comunque dal 2002 al 2009 si osserva una diminuzione di circa il 6% (da 27,3% a 21,5%) (Regione Emilia-Romagna, 2008).

Dai dati di indagini provenienti da studi anglosassoni si evince che i giovani medici, che operano nelle Unità di medicina interna e di geriatria, dichiarano di sentirsi non adeguatamente preparati ad affrontare il problema della terapia del dolore cronico nei loro pazienti, mentre interventi informativi strutturati e mirati hanno dimostrato di migliorare i livelli qualitativi dell'assistenza (Yanni *et al.*, 2008).

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.

Inoltre diversi studi, tra cui l'indagine di Visentin, segnalano che gran parte dei pazienti riceve un trattamento insufficiente a controllare il sintomo e che vi è una evidente sproporzione tra la valutazione del malato e quella del personale sanitario, nel senso di una sottostima da parte di questi ultimi (Visentin *et al.*, 2005).

2. La valutazione e le scale di misurazione del dolore

La severità del dolore cronico, variamente influenzata da fattori psicologici e socio-ambientali, è di difficile valutazione per la sua natura soggettiva intrinseca. Come unanimemente raccomandato da numerosi documenti di consenso e linee guida (European Society for Medical Oncology, 2008; Expert Working Group, 2001; National Comprehensive Cancer Network, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008; WHO, 1996) un trattamento ottimale del dolore prevede come primo passo di:

- misurare il dolore con scale validate;
- registrare i valori in un apposito spazio nella cartella clinica (infermieristica, e/o integrata) facilmente accessibile a tutti gli operatori e individuare il *cut off* di riferimento della scala per l'applicazione del trattamento.

Le scale di misurazione del dolore sono classificate in:

- unidimensionali: che misurano esclusivamente l'intensità del dolore; tra queste vengono inoltre identificate specifiche scale da utilizzare in ambiente internistico per i pazienti con difficoltà di comunicazione;
- multidimensionali: valutano anche altre dimensioni (sensoriale-discriminativa, motivazionale-affettiva, cognitivo-valutativa).

La valutazione del dolore, con l'utilizzo delle scale sopra riportate, deve comprendere non solo il dolore cronico, ma anche il dolore episodico intenso (DEI) o *breakthrough pain* che identifica un dolore transitorio, che si manifesta in pazienti con un dolore cronico di base ben controllato da una terapia analgesica somministrata a orari fissi.

Nella pratica corrente, una frequenza superiore a due episodi al giorno potrebbe indicare la necessità di modificare la terapia analgesica di base.

Nell'ambito del *breakthrough pain* va distinto il dolore acuto incidente, scatenato da eventi specifici (es. tosse, cambi di postura, defecazione).

2.1. Scale unidimensionali

Nell'ambito dell'applicazione delle linee guida del progetto Ospedale senza dolore, da anni si è diffuso l'utilizzo di scale unidimensionali validate (European Society for Medical Oncology, 2008; Expert Working Group, 2001; National Comprehensive Cancer Network, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008; WHO, 1996) :

- scala numerica, NRS (*numerical rating scale*);
- scala analogica visiva, VAS (*visual analogic scale*);
- scale quantitative verbali, VRS (*verbal rating scale*).

Quando utilizzare le scale unidimensionali?

Per verificare:

- l'efficacia della terapia;
- la presenza di dolore crescente o di ulteriori richieste antalgiche.

Le scale validate sono sovrapponibili?

Una revisione (Williamson, Hoggart, 2005) che ha valutato le tre scale unidimensionali ha concluso che sono tutte validate, riproducibili, appropriate per un uso clinico. La revisione ha però evidenziato alcuni aspetti peculiari e distintivi delle singole scale:

- la VAS presenta maggiori difficoltà pratiche (richiede un maggiore coordinamento visivo-prassico) rispetto alla NRS e alla VRS;
- la NRS presenta una buona sensibilità e produce dati che possono essere statisticamente analizzati a scopo di audit. I pazienti che richiedono una scala di misurazione del dolore con alta sensibilità dovrebbero essere valutati in modo preferenziale con questa scala;
- i pazienti preferiscono per la sua semplicità la VRS, che presenta scarsa sensibilità e produce dati che potrebbero essere male interpretati.

Numerical rating scale (NRS) (Downie, 1978; Grossi, 1983)

Acronimo in lingua inglese di: scala di valutazione numerica.

Sigle equivalenti utilizzate per la rilevazione: SN scala numerica/SQN/SQV.

Consiste in una quantificazione verbale e numerica del dolore:

0 = nessun dolore

10 = peggior dolore immaginabile

Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 11 punti; la scala prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel momento.

Scala numerica (NRS)

Nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Il peggior dolore**

Visual analogical scale (VAS) (Scott Huskisson, 1976)

Scala analogica visiva: è la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che il malato soggettivamente avverte. La VAS è rappresentata da una linea lunga 10 cm nella versione originale validata, con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro.

Un'estremità indica l'assenza del dolore e corrisponde a 0, l'altra estremità indica il peggiore dolore immaginabile e corrisponde a 10. La scala è compilata manualmente dal malato al quale è chiesto di tracciare sulla linea un segno che rappresenti il dolore

percepito. La distanza misurata partendo dall'estremità 0 corrisponde alla misura soggettiva del dolore.

Il malato indica sulla riga il punto che raffigura l'intensità del suo dolore in quel momento, l'esaminatore realizza il punteggio mediante una scala graduata posta sulla faccia posteriore del righello.

L'utilizzo è consolidato per la valutazione del dolore acuto post-operatorio.

Rispetto alla scala numerica verbale, questa scala presenta il limite di non potere essere utilizzata nel corso di una intervista telefonica nel malato a domicilio. Inoltre, non è indicata nei bambini e negli anziani.

Scala analogico-visiva (VAS)

Nessun dolore |—————| Il peggior dolore

Verbal rating scale (VRS) (Keele, 1948; validazioni successive JPSM, 2002)

Si basa sulla scelta da parte del malato di 6 indicatori verbali descrittivi del dolore (nessun dolore - dolore molto lieve - dolore lieve - dolore moderato - dolore forte - dolore molto forte). Il malato definisce il dolore verbalmente, utilizzando l'aggettivo che ritiene più appropriato su una serie proposta. Questa scala è spesso utilizzata nelle persone anziane o con deficit cognitivo e al Pronto soccorso. Oltre che nella pratica clinica, trova impiego anche nella ricerca.

La scala VRS è stata confrontata con la NRS in un recente studio (Ripamonti, Brunelli, 2009) che conclude affermando che entrambe le scale sono capaci di misurare variazioni di intensità del dolore in modo paragonabile sebbene, per valori di intensità moderata del dolore, le determinazioni eseguite mediante le due scale presentino grande variabilità, rendendo le due scale non intercambiabili.

Scala verbale (VRS)

NESSUNO	MOLTO LIEVE	LIEVE	MODERATO	FORTE	MOLTO FORTE
---------	-------------	-------	----------	-------	-------------

Accanto alle scale validate usuali (NRS, VAS, VRS) sono da evidenziare quelle da utilizzare in ambiente internistico per i malati con difficoltà di comunicazione; tali scale si avvalgono di valutazioni comportamentali associate ai parametri vitali. Esistono diverse scale validate come ad esempio la scala PAINAD e la scala Abbey (vedi *Allegati 2 e 3*).

PAINAD (pain assessment in advanced dementia) (Warden, 2003)

Acronimo in lingua inglese di rilevazione del dolore nella demenza avanzata. La scala è utilizzata nei malati con deterioramento cognitivo severo, nei quali non è utilizzabile la scala numerica.

Si basa sull'osservazione di cinque indicatori (respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo, consolazione), ai quali viene assegnato un punteggio che consente poi una sovrapposibilità con le scale numeriche in uso.

La riproducibilità e l'affidabilità della scala PAINAD, validata in lingua italiana (Costardi *et al.*, 2007), è stata documentata nella pratica clinica per i pazienti con difficoltà di espressione verbale del dolore e/o non collaboranti; essa è già adottata presso alcune Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna.

2.2. Scale multidimensionali

Le scale multidimensionali sono numerose e molte disponibili anche nella versione validata in lingua italiana, per esempio Edmonton symptom assessment (ESAS) (Bruera *et al.*, 1991; Moro *et al.*, 2006), McGill Pain Questionnaire (MPQ) (Melzack, 1975), il Brief Pain Inventory (BPI) (Cleeland, Ryan, 1994). Esse valutano, oltre alla dimensione fisica del dolore, anche altre dimensioni (sensoriale-discriminativa, motivazionale-affettiva, cognitivo-valutativa): in generale la loro complessità (sono costituite da diversi *item*) ne consente un uso limitato nella pratica clinica quotidiana.

Centralità dell'infermiere nella misurazione del dolore

Le competenze specifiche dell'infermiere per la valutazione del dolore sono indispensabili per il successo dell'applicazione delle raccomandazioni. Questo è sottolineato anche da recenti pubblicazioni relative alla gestione del dolore in ospedale in ambito nazionale (Sichetti *et al.*, 2009).

Il Comitato regionale per la lotta al dolore, in attuazione della Legge n. 38/2010, ha scelto di adottare la scala numerica (NRS) - già ampiamente diffusa in Emilia-Romagna - quale strumento unico regionale per misurare il dolore sia in ospedale, sia sul territorio, nell'ambito del programma regionale "Ospedale e territorio senza dolore".

3. La gestione del malato con dolore

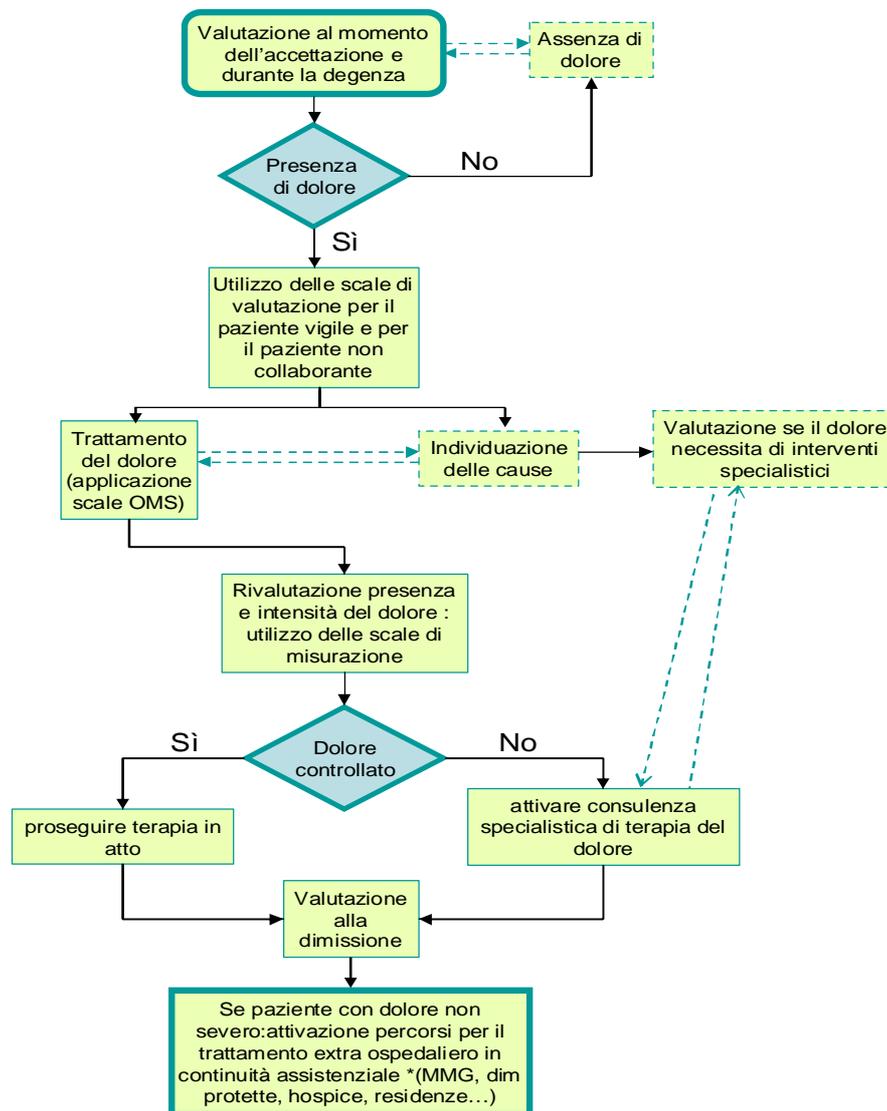
Al fine di garantire il controllo del dolore a tutte le persone ricoverate in area medica, durante la degenza, e anche all'interno degli altri contesti di cura (al domicilio o nelle strutture residenziali), in un'ottica di continuità di presa in cura lungo tutto il percorso assistenziale, si condividono le principali fasi della valutazione e del trattamento del dolore secondo l'algoritmo definito in Figura 1.

In considerazione della molteplicità di condizioni patologiche connesse al dolore, si raccomanda alle singole realtà aziendali di elaborare percorsi diagnostico-terapeutici interdisciplinari e specifici per le patologie maggiormente ricorrenti (per esempio patologie dolorose del rachide, dolore da flogosi cronica nel malato reumatologico, dolore neuropatico nel diabetico, dolore ischemico, ecc.).

Tali percorsi coinvolgono il personale medico (internista, medico di medicina generale e terapista del dolore) e l'infermiere ospedaliero e territoriale, e di volta in volta i singoli specialisti interessati (reumatologo, ortopedico, angiologo, diabetologo, neurologo, chirurgo vascolare, ecc.).

La valutazione e le indicazioni di trattamento del dolore devono essere coerenti con le patologie di base (Martoni *et al.*, 2007; Melotti *et al.*, 2009).

Figura 1. Algoritmo per la gestione del dolore in area medica (in degenza e territorio)



*strumenti per la dimissione in continuità assistenziale : lettera di dimissione al MMG, dimissione protetta

3.1. Modalità operative

Devono essere previsti e disponibili:

- Strumenti di valutazione e misurazione del dolore da utilizzare per tutte le tipologie di malati, con attenzione agli anziani non collaboranti e/o con problemi di deterioramento cognitivo.

Il medico pianifica con l'infermiere le modalità e la frequenza con la quale il parametro dolore dovrà essere rilevato: almeno 1 volta al giorno e più volte in base alle condizioni cliniche e alle indicazioni terapeutiche. L'infermiere rileva il dolore all'ingresso del malato in reparto e anche più volte al giorno ogni qualvolta si presenti la sintomatologia dolorosa (es. evoluzione del quadro clinico, valutazione dell'efficacia delle terapie, esecuzione manovre invasive).

- Linee guida e relative procedure operative per il trattamento farmacologico secondo le evidenze disponibili in letteratura.

Il medico prescrive per il dolore continuativo una terapia e la somministrazione di una *rescue dose* (dose di salvataggio) per possibili episodi di dolore episodico intenso (DEI).

Nel caso di malato oncologico, se il dolore non è controllato in modo continuativo il medico rivede lo schema terapeutico, verificando la correttezza dell'intervallo di somministrazione.

In caso di DEI o *breakthrough pain*, il medico prescrive la *rescue dose* e ne verifica l'efficacia con la scala numerica, in caso di inefficacia si rivede il trattamento terapeutico.

- Procedure organizzative concernenti la modalità di gestione complessiva, che tengano conto della multidisciplinarietà e multiprofessionalità dell'approccio al problema. La complessità della gestione multidisciplinare rende necessario prevedere, almeno una volta l'anno, momenti di confronto clinico-organizzativi (*audit*) mirati alla verifica del percorso di applicazione della raccomandazione.
- Strumenti per gestire la fase di passaggio (continuità assistenziale) dall'ospedale al domicilio (casa-ADI) e/o alle strutture residenziali (casa protetta/RSA, *hospice*). Puntuale definizione di informazioni e procedure da assicurare per la continuità ospedale-territorio e la gestione integrata e corretta della terapia antalgica anche in contesti istituzionali non ospedalieri (case protette, RSA, *hospice*).
- Valutazione della soddisfazione del malato in relazione al trattamento del dolore ricevuto, con gli strumenti usuali di rilevazione della soddisfazione della qualità percepita.
- Monitoraggio dell'uso dei farmaci oppiacei a livello ospedaliero e territoriale, che preveda una reportistica periodica di ritorno ai professionisti.

4. Principi generali di trattamento del dolore

L'intervento farmacologico personalizzato deve tenere conto delle caratteristiche del malato e non solo delle proprietà dei farmaci prescritti. L'efficacia del trattamento dipende dalle condizioni cliniche, funzionali e cognitive del soggetto, che possono rendere meno certa e prevedibile la risposta terapeutica al trattamento prescelto. L'efficacia terapeutica e i possibili effetti collaterali devono essere valutati per modulare la terapia.

In casi di particolare intensità del dolore, per evitare conseguenze clinico-funzionali generali può essere necessario modificare il percorso terapeutico e ricorrere alla consulenza dell'esperto algologo. Le strategie di trattamento devono garantire efficacia e basso rischio di effetti collaterali.

La terapia deve essere iniziata con la più bassa dose efficace, nel rispetto della farmacocinetica e della farmacodinamica del farmaco somministrato, dell'età e delle pluripatologie. Il dosaggio andrà aumentato se necessario in relazione ai risultati clinici ottenuti. In rapporto alla tipologia del dolore e alla presenza di differenti sindromi dolorose, si può utilizzare una terapia con uno o più farmaci o altre strategie terapeutiche.

I rischi relativi all'uso di farmaci analgesici vanno contenuti educando l'ammalato e i familiari sulla loro specificità e modalità di somministrazione e informando sui possibili effetti collaterali ed eventi avversi.

È consigliabile seguire una certa sequenza nella somministrazione dei farmaci: avviare la terapia con agenti non oppioidi, ad esempio il paracetamolo, passando successivamente agli antinfiammatori e quindi, nei casi di dolore moderato e severo, rispettivamente agli oppioidi minori e agli oppioidi maggiori (WHO, 1996). La somministrazione programmata a orari predeterminati nel corso della giornata (Expert Working Group, 2001; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008) deve essere accompagnata dalla prescrizione della *rescue dose*, ovvero di una dose di farmaci analgesici di salvataggio in caso di comparsa del dolore episodico intenso (DEI).

5. Il trattamento del dolore secondo la scala dell'OMS

Diverse Società scientifiche e Agenzie di linee guida da oltre 20 anni, a partire dalla storica Linea guida dell'OMS (WHO, 1996), hanno prodotto documenti sul dolore basati sulle revisioni delle migliori evidenze disponibili in letteratura. La maggior parte di tali documenti tratta in modo specifico il dolore oncologico (Expert Working Group, 2001; National Comprehensive Cancer Network, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008), affermando che esso è controllabile in circa il 90% dei casi grazie all'approccio farmacologico a tre gradini dell'OMS, che per dolori moderati/severi prevede l'impiego di analgesici oppioidi.

Numerosi studi sono stati condotti per validare tale approccio metodologico: sono stati osservati oltre 8.000 pazienti in diversi paesi del mondo e in ambienti clinici differenziati (ospedale e domicilio). Le varie casistiche riportano un efficace controllo del dolore, variabile dal 71 al 100% dei malati trattati (Expert Working Group, 2001).

Tra gli studi eseguiti per validare l'approccio dell'OMS, uno in particolare (Ventafridda *et al.*, 1987), condotto su 1.229 malati seguiti per 2 anni, ha evidenziato che il passaggio dal 1° al 2° gradino è dovuto in circa la metà dei casi ad effetti collaterali e nell'altra metà all'inefficacia analgesica, mentre il passaggio dal 2° al 3° gradino è soprattutto dovuto all'inefficacia analgesica.

Negli ultimi anni si sta sempre più affermando l'impiego degli analgesici oppioidi anche per il controllo del dolore cronico non oncologico; vi sono studi randomizzati e controllati che dimostrano l'efficacia analgesica e la tollerabilità, anche in terapia cronica, degli oppioidi. Negli ultimi anni si sono rese disponibili anche diverse LG/raccomandazioni cliniche (American Pain Society, 2009; Trescot *et al.*, 2006, 2008) sull'uso degli oppioidi nel dolore cronico non oncologico, alcune delle quali rivolte al malato anziano (American Geriatrics Society Panel, 2009; Pergolizzi *et al.*, 2008).

Tali evidenze presentano alcune limitazioni derivanti in particolar modo dalla scarsità (sia quantitativa che qualitativa) degli studi disponibili, soprattutto se paragonati a una pratica clinica che sta assumendo in alcuni paesi europei e americani dimensioni rilevanti.

Le evidenze circa la gestione del dolore non oncologico concordano su una serie di considerazioni generali in merito agli orientamenti terapeutici da adottare, da tenere presenti prima di impostare una corretta terapia farmacologica. In estrema sintesi essi possono essere riassunti in una serie di raccomandazioni generali.

5.1. La scala a tre gradini OMS

Nel 1996 l'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 1996) ha proposto una scala a tre gradini per la gestione farmacologica del dolore (*Allegato 4*), in prima istanza applicabile a quello oncologico, utilizzata successivamente anche per il trattamento del dolore non oncologico.

Tale approccio fornisce specifiche indicazioni per la scelta della terapia antidolorifica, che non va somministrata al bisogno ma a orari fissi, e consta di tre gradini basati sull'intensità del dolore da cui deriva l'indicazione alla scelta della terapia analgesica più appropriata (Serlin *et al.*, 1995):

- dolore lieve (1-4): è indicato il trattamento con FANS o paracetamolo ± adiuvanti;
- dolore moderato (5-6): è indicato il trattamento con oppioidi minori ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti;
- dolore severo (7-10): è indicato il trattamento con oppioidi maggiori ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti.

Ad oggi, in carenza di studi che dimostrino nuovi e alternativi approcci, la scala a tre gradini dell'OMS è ancora da considerarsi il caposaldo della strategia farmacologica per una appropriata gestione del dolore.

Vi è un sempre più largo consenso circa l'uso flessibile della scala OMS e sull'indicazione a procedere rapidamente al gradino successivo, in caso di inefficacia terapeutica.

Una corretta scelta della strategia terapeutica deve basarsi sull'intensità del dolore, sulla sua tipologia e sulle caratteristiche soggettive del malato.

L'approccio a tre gradini, secondo l'OMS, andrebbe inserito in una strategia complessiva che comprenda anche terapie non farmacologiche (anestesiologiche, oncologiche, radioterapiche, fisiatriche, psico-sociali e spirituali).

5.2. Analgesici non oppioidi

Il paracetamolo deve essere considerato il farmaco di prima scelta per il dolore cronico, in particolare osteoarticolare, a causa del suo favorevole profilo di efficacia/tollerabilità (American Geriatrics Society Panel, 2009; Pergolizzi *et al.*, 2008). Il dosaggio dovrebbe non superare i 3 grammi nelle 24 ore e la somministrazione dovrebbe rispettare le controindicazioni assolute e relative, presenti in scheda tecnica.

I FANS, farmaci soggetti a nota AIFA 66, e l'acido acetilsalicilico possiedono proprietà antiflogistiche, antipiretiche e analgesiche e costituiscono il fondamento del trattamento delle condizioni infiammatorie croniche. Le differenze di attività tra le molecole sono modeste e dipendono in larga misura dalla risposta individuale; differiscono tra loro nell'incidenza e nel tipo di effetti collaterali (alcuni esempi sono presentati in *Allegato 6*). Sono tra i farmaci più frequentemente prescritti nella pratica clinica, hanno ampio raggio d'azione e ben noti effetti collaterali (American Geriatrics Society Panel, 2009; Pergolizzi *et al.*, 2008).

In considerazione del profilo di tossicità di tale classe di farmaci (gastrointestinale, renale, epatica, cardiovascolare, ipersensibilità individuale), esiste un generale consenso circa il fatto che se entro pochi giorni dalla terapia con FANS - con dosi e ore fisse - non si riscontra una riduzione di sintomi, è indicata una rivalutazione e la considerazione di una diversa scelta farmacologia.

Si pone l'attenzione al fatto che nei malati anziani, fragili o affetti da pluripatologie, l'uso cronico dei FANS tradizionali non selettivi è associato a un inaccettabile rischio di sanguinamento gastrointestinale. D'altra parte i COX-2 inibitori selettivi, secondo quanto mostrato da diversi studi, si associano a un aumentato rischio di eventi cardiovascolari (EMEA, 2005).¹

5.3. Analgesici oppioidi

L'uso degli analgesici oppioidi per il dolore cronico negli ultimi 10 anni sta diventando a livello mondiale sempre più diffuso (American Geriatrics Society Panel, 2009; American Pain Society, 2009; Pergolizzi *et al.*, 2008; Trescot *et al.*, 2006, 2008). Studi randomizzati e controllati dimostrano l'efficacia analgesica e la tollerabilità degli oppioidi anche in terapia cronica, in particolare nei dolori artrosici gravi (Caldwell *et al.*, 1999; Peloso *et al.*, 2000; Roth *et al.*, 2000) e in alcuni tipi di dolore neuropatico legati a patologie del sistema nervoso periferico (DelleMijn, 1997, 1998). Ancora non definitive però sono in particolare le conoscenze circa gli effetti collaterali e la tossicità a lungo termine degli oppioidi nei soggetti con malattie croniche degenerative a lunga sopravvivenza (in particolare riguardo gli effetti sedativi, sulle funzioni cognitive e sul sistema immunitario).

Per una più approfondita trattazione si rimanda alla tabella dei principali farmaci analgesici (oppioidi, non oppioidi e "adiuvanti"), consultabile in Allegato 6.

Per il trattamento del dolore oncologico si rimanda al documento regionale "Indicazioni per la valutazione e il trattamento del dolore oncologico" e ai Pacchetti informativi CeVEAS e relativi allegati (*Allegato 1*).

L'uso degli oppioidi è stato associato negli anni a problemi specifici, quali:

- dipendenza - *addiction* (dipendenza psichica),
- dipendenza fisica,
- *tolerance*.
- Dipendenza - *addiction* ("dedizione" alla sostanza, dipendenza psichica): non è un effetto delle proprietà farmacologiche degli oppioidi, si tratta di una sindrome psicologica e comportamentale, caratterizzata da un fenomeno di dipendenza da farmaco e da comportamenti aberranti, che spingono il soggetto a un'assunzione compulsiva del farmaco stesso. Ha una frequenza molto bassa (in 2

¹ Inibitori COX 2 - <http://www.agenziafarmaco.it>

studi condotti su 11.882 e 24.000 malati, solo 4 e 7 rispettivamente hanno presentato dipendenza psicologica) (Bandieri *et al.*, 2006; Porter *et al.*, 1980; Ripamonti, Bandieri, 2009).

- Dipendenza fisica (sintomi e segni clinici da astinenza; in Allegato 5 è riportata l'apposita scala di misurazione):
è un'inevitabile conseguenza della continua esposizione agli oppioidi. Si può evitare attuando una riduzione scalare del dosaggio del 50% per 2-3 giorni fino a sospensione definitiva (Bandieri *et al.*, 2006; Inturrisi, 2003).
- *Tolerance* (bisogno di più farmaco per ottenere lo stesso effetto terapeutico):
è un fenomeno che si instaura per tutti gli effetti centrali degli oppioidi (analgesia, sedazione, nausea e vomito, ecc.). Sfruttando questo fenomeno attraverso la "titolazione lenta", si possono contenere quelli che sono considerati effetti collaterali.
È un fenomeno lento a svilupparsi a fronte di una malattia stabile, secondo quanto suggerito da diversi studi longitudinali.
Nella maggior parte dei casi, la necessità di incrementare la dose è la conseguenza della progressione della malattia (Bandieri *et al.*, 2006; Ripamonti, Bandieri, 2009). Ogni aumentata richiesta di farmaco da parte del malato implica la necessità di una rivalutazione, alla ricerca di una causa non precedentemente nota o di una progressione, prima di diagnosticare una reale *tolerance* da oppioidi (Bandieri *et al.*, 2006; Porter *et al.*, 1980). Vista l'assenza di prove definitive in relazione a tossicità e abuso, un comportamento aberrante nei confronti dell'uso del farmaco va accuratamente soppesato in casi particolari, come ad esempio nelle persone con anamnesi positiva per alcolismo o tossicofilie.

Esiste un generale accordo nella letteratura internazionale (American Pain Society, 2009; Trescot *et al.*, 2006, 2008) sul ruolo terapeutico dei farmaci oppiacei, anche nel trattamento del malato anziano (American Geriatrics Society Panel, 2009; Pergolizzi *et al.*, 2008):

- tutti i pazienti con dolore moderato-severo, con esiti negativi sul grado di autonomia o sulla qualità di vita, devono essere valutati per una terapia con oppioidi;
- i pazienti trattati con oppioidi devono essere periodicamente e attentamente monitorati per i potenziali effetti collaterali, l'efficacia della terapia e la corretta *compliance* alla cura;
- in caso di trattamento cronico con oppioidi a lunga durata di azione, il dolore incidente andrebbe tempestivamente identificato, prevenuto e trattato con oppioidi ad azione rapida.

5.4. Trattamenti adiuvanti

Nel malato con dolore cronico refrattario può essere valutato il trattamento dei farmaci analgesici in associazione a terapie adiuvanti con farmaci appartenenti alle classi terapeutiche degli antiepilettici, antidepressivi, neurolettici, corticosteroidi, benzodiazepine e miorilassanti ad azione centrale (*Allegato 6*).

I farmaci adiuvanti, particolarmente nell'anziano, andrebbero iniziati al minimo dosaggio utile per raggiungere l'effetto terapeutico e titolati in seguito, valutando efficacia ed effetti collaterali. Deve essere ricordato che molti di questi farmaci raggiungono la loro massima efficacia dopo un tempo variabile anche piuttosto lungo. Ogni farmaco deve essere valutato in modo completo prima di essere sospeso o sostituito per mancata efficacia.

La nota AIFA n. 4 consente la prescrizione di farmaci con indicazione terapeutica registrata (*Allegato 6*) nel trattamento dei malati affetti da dolore grave e persistente dovuto ad alcune patologie quali nevralgia post-erpetica correlabile clinicamente e topograficamente a infezione da *Herpes Zoster*, neuropatia associata a malattia neoplastica, dolore post-ictus o da lesione midollare, polineuropatie, multilineuropatie, mononeuropatie dolorose, limitatamente ai pazienti nei quali l'impiego degli antidepressivi triciclici (amitriptilina, clomipramina) e della carbamazepina sia controindicato o risulti inefficace, neuropatia diabetica.

La legge 648/1996 consente l'utilizzo di farmaci per usi consolidati, al di fuori delle indicazioni terapeutiche registrate, sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura. Tra questi l'amitriptilina e la carbamazepina possono essere impiegati nel trattamento del dolore neuropatico.

5.5. Gestione degli effetti collaterali

Il monitoraggio degli effetti collaterali degli oppioidi dovrebbe essere concentrato sui sistemi gastrointestinale, neurologico e cognitivo-comportamentale. I possibili effetti collaterali sono rappresentati da stipsi, nausea, vomito, tensione addominale, meteorismo, atassia, vertigini, sedazione, difficoltà di concentrazione, ritenzione urinaria (Cherny *et al.*, 2001; Inturrisi, 2003; Ripamonti, Bandieri, 2009).

Effetti collaterali seri come mioclonie, delirium, ipossia, depressione respiratoria sono rari se la titolazione è condotta correttamente con gradualità.

La stipsi, effetto collaterale più frequente, a differenza di altri effetti collaterali non va incontro a tolleranza (Bandieri *et al.*, 2006; Cherny *et al.*, 2001; Larkin *et al.*, 2008).

Una corretta gestione della costipazione indotta da oppioidi (*opioid induced constipation - OIC*) prevede alcune semplici regole riguardanti lo stile di vita, come l'incremento dell'assunzione di liquidi, di cibi ricchi di fibre, l'attività fisica e l'esercizio routinario delle funzioni intestinali.

Secondo quanto definito dalle raccomandazioni cliniche del Gruppo europeo sulla costipazione in cure palliative (Larkin *et al.*, 2008), nei pazienti in trattamento con oppioidi è indicato attuare preventivamente un trattamento farmacologico con lassativi, che va progressivamente e proporzionalmente adeguato all'aumento del dosaggio dell'oppiaceo.

I trattamenti farmacologici di prima linea disponibili per il controllo della OIC sono basati sull'impiego dei lassativi convenzionali (lassativi idrofili, emollienti, osmotici e di contatto) e nel caso di loro fallimento di interventi rettali (supposte rettali, enteroclistmi).

Nel ribadire l'importanza dell'uso preventivo dei lassativi, utilizzati in modo adeguato sin dall'inizio della terapia con oppioidi, il Prontuario terapeutico regionale ha reso disponibile l'impiego del metilnaltrexone (nota AIFA 90 e Documento PTR n. 96), limitatamente ai malati in trattamento con alte dosi di oppioidi maggiori (equivalente a ≥ 150 mg di morfina orale) dopo il fallimento sia di un trattamento lassativo ben condotto (con uno o più farmaci), sia delle manovre rettali quando clinicamente praticabili. La frequenza delle somministrazioni dovrà essere stabilita caso per caso in rapporto alle caratteristiche dell'alvo e alle condizioni cliniche.

Gli altri possibili effetti collaterali (nausea, sonnolenza, ...) vanno incontro a tolleranza dopo 3-6 giorni dal termine della titolazione. La nausea può essere controllata con la metoclopramide (dosaggio efficace 20 mg x 3 volte al dì) o l'aloiperidolo. Il droperidolo o deidrobenzoperidolo, farmaco ad uso ospedaliero, è un neurolettico appartenente alla classe dei butirrofenoni, che può essere somministrato come potente antiemetico.

Effetti endocrini: l'uso dei farmaci oppioidi ha un'interazione diretta con il rilascio di molte sostanze ipofisarie tra cui la prolattina, con rischio di indurre amenorrea nella donna in età fertile. L'uso prolungato determina alterazioni del livello di testosterone con rischio di ipogonadismo. Essi possono determinare una inibizione della secrezione di ormone luteotropo (LH), follicolostimolante (FSH) e tireotropina (TSH) (Raffaelli, 2003).

Gli effetti collaterali degli oppioidi possono rappresentare un limite alla loro efficacia clinica sia nel dolore oncologico, sia nel dolore cronico benigno, limitando la possibilità di incrementare il dosaggio in risposta a un dolore di intensità crescente.

La strategia terapeutica adatta per ottimizzare l'efficacia di un oppioide riducendone al minimo la tossicità è stata rivista da un gruppo di studio del Research Network della European Association for Palliative Care (Bandieri *et al.*, 2006; Goldstein *et al.*, 2005).

Le strategie possibili includono la riduzione della dose dell'oppioide, il trattamento sintomatico dell'effetto collaterale indesiderato, il cambiamento del tipo di oppioide (cosiddetta "rotazione degli oppioidi") o il cambiamento della via di somministrazione. Non esistono evidenze a favore di nessuna delle suddette opzioni.

6. Il medico di medicina generale e le cure primarie

Il medico di medicina generale svolge la propria attività di assistenza primaria in ambito ambulatoriale e domiciliare.

All'ambulatorio hanno accesso malati in grado di deambulare, nella maggior parte dei casi anziani affetti da patologie croniche e plurime, con fasi di riacutizzazione.

In questo contesto il dolore acuto, ma soprattutto cronico, rappresenta il sintomo prevalente di molte condizioni morbose (artrosi, osteoporosi, malattie reumatologiche, neuropatia diabetica, malattie neurologiche, nevralgie post-erpetiche, radicolopatie), quando non addirittura una condizione patologica che acquista il significato di malattia a se stante con le relative complicanze (depressione, insonnia, astenia, inappetenza, incontinenza urinaria, peggioramento della malattia di base, isolamento sociale).

Il controllo del dolore è uno degli aspetti più rilevanti della medicina generale, non solo nell'assistenza al malato oncologico, ma anche per la molteplicità di soggetti affetti da dolore cronico che accedono agli ambulatori medici.

Il medico di medicina generale deve pertanto possedere competenze appropriate e aggiornate sulla terapia del dolore, per attenuare quanto più possibile le sofferenze degli ammalati, con miglioramento della qualità di vita.

È necessario conoscere la dimensione del problema, l'uso delle scale di valutazione del dolore, i criteri diagnostici da applicare nell'attività clinica quotidiana, per poter fare una diagnosi corretta, avvalendosi - se necessario - della consulenza dei centri specialistici.

Nel trattamento è da raccomandare l'impiego di farmaci efficaci secondo le linee guida validate, tenendo conto delle possibili interazioni con altre terapie già in atto, degli effetti collaterali, della maneggevolezza, della situazione sociale in cui si trova il soggetto.

Nel percorso intrapreso dal *nursing* in questi ultimi anni, l'attenzione per la persona con dolore è molto aumentata per quanto riguarda la valutazione e la gestione del dolore acuto e cronico nei vari *setting* assistenziali.

Una revisione della letteratura più recente e delle linee guida sul dolore pubblicate negli ultimi 3-4 anni dalla professione infermieristica (Nursing Best Practice Guideline consultabile all'indirizzo *web* <http://www.evidencebasednursing.it>) non suggerisce cambiamenti importanti all'approccio alla gestione del dolore, ma piuttosto alcuni perfezionamenti e un aumento della forza delle evidenze che lo sostengono per alcuni aspetti in particolare, come ad esempio l'importanza:

- della valutazione del dolore come 5° parametro vitale;
- dell'approccio integrato fra più professionisti con progettazione personalizzata;
- dell'appropriata gestione farmacologica anche per quanto concerne la gestione della terapia anticipata;

- della corretta educazione terapeutica del malato e dei familiari all'utilizzo degli analgesici, anche per quanto riguarda la gestione degli effetti collaterali;
- dell'importanza di documentare tutti gli interventi farmacologici con un'annotazione sistematica del dolore che identifichi chiaramente l'effetto dell'analgesico sul dolore rilevato.

All'interno della rete assistenziale delle cure domiciliari (assistenza domiciliare programmata - ADP - e assistenza domiciliare integrata - ADI), il medico di medicina generale si coordina con i professionisti degli altri nodi della rete, in primo luogo con il servizio infermieristico domiciliare, per mettere in atto tutti quei provvedimenti che possono migliorare l'assistenza e le condizioni di vita del malato con dolore cronico, formulando congiuntamente ad essi un piano assistenziale integrato (PAI), e avvalendosi della consulenza di fisiatristi (prescrizione di ausili) e fisioterapisti, ortopedici, algologi e di tutti gli specialisti necessari, oltre che dell'intervento della rete familiare e dei servizi sociali.

In questo ambito per una gestione integrata dei pazienti con dolore cronico, in caso di dubbi diagnostici e/o terapeutici, sono da prevedere:

- momenti di confronto con gli specialisti per la definizione dei percorsi di cura e di presa in carico condivisi da attuarsi a livello ospedaliero e distrettuale, anche prevedendo la consulenza domiciliare per pazienti non deambulanti;
- interazioni con l'ambulatorio di terapia del dolore e/o i centri *hub* per l'invio e la dimissione dei casi di maggiore complessità;
- miglioramenti della comunicazione tra i vari livelli per l'integrazione terapeutica e assistenziale.

Per raggiungere tale obiettivo e ottimizzare gli interventi nell'ambito delle cure primarie con un approccio di rete, la formazione gioca un ruolo importante per diffondere e rendere omogenee l'applicazione delle linee guida del progetto ospedale-territorio senza dolore.

7. Quando chiedere aiuto allo specialista

In questi anni le conoscenze nel campo della terapia del dolore sono aumentate e sono disponibili procedure invasive indicate nelle persone colpite da sindromi dolorose specifiche e/o complesse, oppure che non possono usufruire di trattamenti farmacologici, o ove gli stessi non siano efficaci.

Per favorire la gradualità, l'appropriatezza e la sicurezza degli interventi assistenziali nell'ambito della terapia del dolore e l'integrazione ospedale-territorio, la Regione Emilia-Romagna ha individuato specifici requisiti di accreditamento a complessità crescente per ambulatori e centri *hub* (strutture di terapia del dolore).

Qualora la terapia del dolore attuata non sia efficace, è indispensabile la consulenza del medico specialista algologo, essenziale per l'inquadramento diagnostico e una buona riuscita del progetto terapeutico del dolore, sia nella soluzione dei casi "difficili", sia nei casi in cui è possibile ottimizzare l'approccio utilizzando ciò che di meglio oggi la medicina rende disponibile (Raffaelli, Andruccioli, 2006; Raffaelli *et al.*, 2005; Varrassi *et al.*, 2008).

Le interazioni per il coordinamento riguardano:

- processi finalizzati alla diagnostica e/o terapia e/o procedura ove il medico internista ravvisi la necessità di una consulenza specialistica e/o presa in carico clinica da parte dello specialista algologo;
- processi finalizzati alla condivisione di un percorso di cura individualizzato e presa in carico che deve vedere momenti di condivisione.

L'uso dei farmaci oppioidi entra sempre più nella pratica quotidiana dei medici di medicina generale e dei medici internisti. Vi sono tuttavia casi di difficile soluzione poiché ogni individuo richiede una personalizzazione del trattamento dovuta alle variazioni individuali, che nel caso degli oppioidi sono estremamente ampie (Raffaelli *et al.*, 2009). Non esiste, infatti, un soggetto con una farmacocinetica degli oppioidi uguale ad un altro, e anche il fenomeno della tolleranza - e gli stessi effetti indesiderati - si possono manifestare in modo diverso.

La collaborazione specialistica è opportuna quando la refrattarietà del sintomo dolore e/o le sue particolari caratteristiche pongono indicazione all'utilizzo di oppioidi (es. metadone) con profili farmacocinetici caratteristici che necessitano di esperienza nella fase di titolazione (Visentin *et al.*, 2005).

Utile e consigliato è il supporto di centri specialisti per condividere l'uso di oppioidi ad alte dosi, in particolare quando si renda necessaria la pratica di "rotazione degli oppioidi" o la loro sospensione per sviluppo di eventi avversi, tolleranza o dipendenza. In questi casi, in cui è opportuno attuare procedimenti di sostituzione dell'oppioide o una sua rimozione

mantenendo comunque una copertura antalgica efficace e un controllo rispetto all'instaurarsi di una sindrome astinenziale, è consigliato avvalersi del supporto di strutture specialistiche, sia per definire il processo operativo, sia per eseguirne il procedimento.

8. Tecniche invasive

Alcune tecniche invasive che possono ridurre o abolire il dolore sono applicabili nel malato con dolore cronico. Si utilizzano nelle sindromi dolorose croniche non rispondenti alle terapie farmacologiche e vengono indicate dagli specialisti algologi che valutano rischi e benefici in rapporto alle condizioni generali del soggetto (Ambrosio *et al.*, 2006; Boswell *et al.*, 2005, 2007; Raffaelli, Salmosky-Dekel, 2005; Raffaelli *et al.*, 2006, 2008; Zhou *et al.*, 2006).

Le principali indicazioni sono:

- *low back pain*,
- ernia discale operata dove permane dolore,
- radicolopatie,
- dolori post-traumatici della colonna vertebrale,
- dolori da artrosi della colonna vertebrale,
- ulcere trofiche agli arti inferiori di origine vascolare o diabetica,
- arto fantasma,
- arteriopatia obliterante.

Il metodo usato principalmente si basa sull'iniezione peridurale e sul posizionamento del catetere peridurale, sulle tecniche neurolesive e di neuromodulazione.

Le tecniche neurolesive e di neuromodulazione sono da impiegare solo dopo avere utilizzato al meglio le terapie farmacologiche attraverso le vie più semplici: orale, rettale, sottocutanea ed endovenosa, e le tecniche invasive a minore aggressività. Il compito del medico di medicina generale è quello di segnalare i casi più complessi agli ambulatori e ai Centri specialistici di terapia del dolore della rete.

9. Strategie non farmacologiche

Numerosi interventi non farmacologici si sono dimostrati efficaci - da soli o in associazione a quelli farmacologici - nel trattamento del dolore cronico, soprattutto dell'anziano, e dovrebbero far parte dell'approccio multidisciplinare alla terapia del dolore. In genere affiancano la terapia farmacologica e ne potenziano gli effetti; talvolta consentono di ridurre la posologia dei farmaci o la frequenza di assunzione; alleviano lo stress che accompagna il dolore stesso e aiutano il soggetto a recuperare la capacità di controllo nella vita di relazione.

Si tratta di interventi di natura fisica (es. esercizio) o comportamentale (es. tecniche di auto-aiuto), che per lo più richiedono la consapevole e attiva partecipazione del malato al programma terapeutico.

Alcune di queste modalità (distrazione, rilassamento, immaginazione-visualizzazione) sono in grado di distogliere l'attenzione del malato, determinando la rottura del circolo vizioso dolore - ansia - tensione.

Il coinvolgimento attivo del soggetto aiuta a rafforzare l'autostima, il senso di fiducia nei trattamenti e il controllo sul dolore.

Nello specifico dell'intervento psicologico-clinico, numerosi studi evidenziano che per alleviare il dolore è necessario ridurre la tensione muscolare, distogliere l'attenzione e intervenire sulla depressione. L'intervento psicologico deve prendere in considerazione anche le specifiche emozioni correlate al dolore: tristezza, rabbia, preoccupazione, senso di vulnerabilità e senso di precarietà esistenziale. Le evidenze cliniche e scientifiche (Eccleston *et al.*, 2009; Turk *et al.*, 2008; Turner, Chapman, 1982; Vlaeyen, Morley, 2005) dimostrano l'efficacia degli interventi psicologici sul trattamento del dolore sia acuto che cronico in tutte le sue manifestazioni (dolore neoplastico, muscolo-scheletrico, miofasciale, artrite reumatoide, osteoartrosi, fibromialgia, emicrania e cefalea, ecc.), come pure nella riduzione della disabilità, dell'ansia, della depressione, dei disturbi psicosomatici, dell'assunzione di farmaci e nell'aumento della *compliance* alle cure.

Tra gli interventi psicologici maggiormente efficaci nella cura del dolore si menzionano:

- interventi di sostegno esistenziale,
- terapia cognitivo-comportamentale (CBT),
- bio-*feedback*,
- ipnosi,
- visualizzazione attraverso immagini,
- tecniche di rilassamento.

9.1. Riflessioni sul dolore nel fine vita²

Quanto sopra detto corrisponde a una impostazione che subordina le strategie non farmacologiche del controllo del dolore alle strategie farmacologiche. Questa subordinazione è corretta tutte le volte che la strategia esistenziale complessiva di chi accusa il dolore ha come fine preponderante il controllo o l'eliminazione del dolore.

Al contrario, allorché ci si trovi in presenza di strategie esistenziali per le quali il controllo del dolore non sia un fine bensì un mezzo, la subordinazione degli interventi psicologici a quelli farmacologici non risulta corretta.

Gli esempi più chiari sono quelli relativi alle strategie contro il dolore che si accompagna al "fine vita".

Tutte le strategie esistenziali del "fine vita" mirano a conseguire una buona morte ed è caratteristica comune a tutte le concezioni della buona morte il fatto che esse hanno necessità di essere "indolori". E tuttavia il controllo del dolore necessario sempre alla fine della vita può essere un fine o un mezzo a seconda della buona morte che si persegue:

- se morire bene significa morire in modo naturale cioè alla fine di una lunga vita spesa bene in modo indolore e consapevole, il controllo del dolore sarà un fine, identificandosi con la buona morte stessa;
- se morire bene significa morire alla fine di una lunga vita spesa bene in modo indolore e inconsapevole o con la speranza di non morire, il controllo del dolore sarà un mezzo, poiché:
 - più si ha dolore e meno ci si può distrarre dal pensiero della morte;
 - più si ha dolore e più si è isolati nel presente, cioè più si viene ostacolati nel desiderare un futuro in cui sperare di non morire;
- se morire bene significa morire in modo indolore aprendosi alla prospettiva dell'ignoto e dell'infinito, il controllo del dolore è un mezzo per andare oltre sé, cioè per sopportare l'inquietudine dell'ignoto che ci aspetta dopo la morte con la pazienza infinita impossibile per chi soffre;
- se morire bene significa morire in modo indolore affidandosi a coloro che restano, il controllo del dolore è un mezzo senza il quale ci si isola in se stessi come accade quando il dolore non si sopporta.

In definitiva risulta corretto subordinare le strategie non farmacologiche del controllo del dolore a quelle farmacologiche solo quando la strategia esistenziale complessiva di chi soffre è una strategia biologica che riconosce nel controllo del dolore un fine in sé. In tutti i casi invece in cui la strategia del controllo del dolore è un mezzo per realizzare una strategia esistenziale non biologica, non è corretto subordinare le strategie non farmacologiche del controllo del dolore a quelle farmacologiche.

La più importante conseguenza di ciò è la seguente: nell'individuare le strategie non farmacologiche del dolore non ci si può limitare ad indicare solo quelle che sono

² Prof. Francesco Campione, Università di Bologna.

subordinate, essendo altrettanto biologiche alle strategie farmacologiche (tecniche di rilassamento, psicoterapie cognitivo-comportamentali, terapie per la depressione, ecc.).

Alcuni esempi.

Se il fine esistenziale di chi soffre è la speranza, si potrà controllare il dolore non solo farmacologicamente o con strategie psicologiche di tipo biologico, bensì non sentendosi abbandonati, credendo alle promesse di una divinità, ecc. Se il fine esistenziale di chi soffre è gestire l'inquietudine dell'ignoto dopo la morte, i veri antidolori saranno nuove parole da "creare" per "dire" l'ignoto. Se infine il fine esistenziale di chi soffre è preparare gli altri alla propria morte e affidarsi a loro nel morire, i veri antidolori saranno le parole di addio e di affidamento che il morente si scambierà con chi resta.

Come si vede, possono apparire strategie di controllo del dolore non biologiche appartenenti alla cultura umana di tutti i tempi che possono rappresentare potenti modalità non scientifiche di controllo del dolore, alle quali non possiamo chiedere a chi soffre di rinunciare.

Per approfondire la tematica sulla buona morte si rimanda ai materiali del Corso di formazione permanente "Assistere nella morte e nel morire il malato oncologico e la famiglia"³ e all'iniziativa editoriale che ne è derivata (Campione, 2010).

³ Consultabile all'indirizzo web <http://www.ausl.mo.it/tanatologia>

10. Comunicazione e formazione

La comunicazione e la formazione rappresentano aspetti strategici per sostenere il cambiamento e devono accompagnare l'implementazione delle linee di indirizzo regionali per l'applicazione del programma "Ospedale e territorio senza dolore".

La formazione deve coinvolgere il personale sanitario delle *équipe* assistenziali e toccare tutti i punti della rete. Oltre agli aspetti clinico-terapeutici, si deve prestare attenzione alle criticità anche di tipo relazionale ed emozionale che possono interferire con l'adesione al programma terapeutico (Andruccioli, Raffaelli, 2005; Andruccioli *et al.*, 2007).

È importante che la formazione si sviluppi rispetto ad alcuni presupposti e quindi sia finalizzata a promuovere:

- una diffusa cultura della valutazione e gestione del dolore come competenza di base di tutti i professionisti (medici, infermieri, operatori sociosanitari, psicologi);
- livelli di competenza specifici in alcuni professionisti;
- un approccio clinico integrato e lo sviluppo di relazioni tra *équipe* assistenziali, malato e contesto familiare, in ogni fase del processo diagnostico, terapeutico e assistenziale.

Il coinvolgimento e la formazione del medico di medicina generale e dei servizi infermieristici domiciliari, che anche prima dell'accesso alle strutture ospedaliere hanno in carico il malato, sono punti fondamentali al fine di favorire l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera e le cure primarie e al contempo lo sviluppo di relazioni tra malato, contesto familiare ed *équipe* assistenziali.

Glossario

Allodinia	Dolore dovuto a stimolo che di norma non provoca dolore.
Analgesia	Assenza di dolore in risposta a una stimolazione che dovrebbe essere dolorosa.
Anestesia dolorosa	Dolore in un'area o regione che è anestetica.
Causalgia	Sindrome con dolore urente e sostenuto, allodinia e iperpatia dopo una lesione traumatica del nervo, spesso combinata con disfunzione vasomotoria e sudomotoria, con cambiamenti trofici tardivi.
Disestesia	Sensazione spiacevole anomala, sia spontanea che evocata.
Dolore	"Esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tessutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di tale danno" (International Association for the Study of Pain, 1986).
Dolore centrale	Dolore iniziato o provocato da una lesione centrale primaria o da una disfunzione centrale del sistema nervoso centrale.
Farmaci oppiacei	Farmaci di sintesi attualmente in commercio.
Farmaci oppioidi	Oppioidi prodotti dall'organismo umano. Anche la classificazione internazionale ATC (Anatomico Chimico Terapeutica) adotta tale terminologia.
Iperalgesia	Aumentata intensità di risposta a uno stimolo naturalmente doloroso.
Iperestesia	Aumentata sensibilità alla stimolazione (escludendo i sensi speciali).
Iperpatia	Sindrome dolorosa caratterizzata da una reazione anormalmente dolorosa a uno stimolo, in specie a uno stimolo ripetitivo.
Ipoalgesia	Sensazione dolorosa di minore intensità a uno stimolo di norma doloroso.
Parestesia	Sensazione anomala, sia spontanea che evocata.

Riferimenti bibliografici

- Alford D.P., Liebschutz J., Chen I.A, Nicolaidis C., Panda M., Berg K.M., Gibson J., Picchioni M., Bair M.J. Update in Pain Medicine. *Gen Intern Med*, 23 (6): 841-845, 2008.
- Ambrosio F., Finco G., Mattia C., Mediati R., Paoletti F., Coluzzi F., Piacevoli Q., Savoia G., Amantea B., Aurilio C., Bonezzi C., Camaioni D., Chiefari M., Costantini A., Evangelista M., Ischia S., Mondello E., Polati E., Raffaelli W., Sabato A.F., Varrassi G., Visentin M., Tufano R.; SIAARTI Chronic Non-Cancer Pain Study Group. SIAARTI Chronic Non-Cancer Pain Study Group. SIAARTI recommendations for chronic non cancer pain. *Minerva Anesthesiol*, 72 (11): 859-880, 2006.
- American Geriatrics Society Panel. Management of Persistent Pain in Older Persons. *JAGS*, 57: 1331-1346, 2009.
[http:// www.americangeriatrics.org/news/jags091609.shtml](http://www.americangeriatrics.org/news/jags091609.shtml)
- American Pain Society American Academy of Pain Medicine Opioids Guideline Panel. Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Non cancer Pain. *The Journal of Pain*, 10 (2): 113.130, 2009.
- Andruccioli J., Raffaelli W. La consapevolezza di malattia nel paziente oncologico. *La Rivista Italiana di Cure Palliative*, 3: 41-50, 2005.
- Andruccioli J., Montesi A., Raffaelli W., Monterubbianesi M.C., Turci P., Pittureri C., Sarti D., Vignali A.P., Rossi A.P. Illness awareness of patients in Hospice: psychological evaluation and perception of family members and medical staff. *J Palliat Med*, 10 (3): 741-748, 2007.
- Bandieri E., Formoso G., Magrini N. *et al.* Morfina orale ed altri oppioidi nel dolore oncologico. Terapia consolidate e novità. Pacchetti informativi sui farmaci. CeVEAS. 2: 1-16, 2006.
- Bandieri E., Chiarolanza A., Luppi M., Magrini N., Marata A.M., Ripamonti C. Prescription of opioids in Italy: everything, but the Morphine. *Annals of Oncology*, 20: 961-970, 2009.
- Bernabei R., Gambassi G., Lapane K. Management of Pain in Elderly Patients With Cancer. *JAMA*, 279: 1877-1882, 1998.
- Boswell M.V., Shah R.V., Everett C.R. *et al.* Interventional techniques in the management of chronic spinal pain: evidence based practice guidelines. *Pain Physician*, 8: 1-47, 2005.
- Boswell M.V., Trescot A.M., Sukdeb D. *et al.* Interventional Techniques: Evidence-based Practice Guidelines in the Management of Chronic Spinal Pain. *Pain Physician*, 10: 7-111, 2007.
- Brevik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. Survey on chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10: 287-333, 2006.

- Breivik H., Cherny N., Collett B., Filbet M., Foubert A.J., Cohen R., Dow L. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes *Annals of Oncology*, 20: 1420-1433, 2009.
- Bruera E., Kuehn N., Miller M.J., Selmser P., Macmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*, 7: 6-9, 1991.
- Caldwell J.R., Hale M.E., Boyd R.E., Hague J.M., Iwan T., Shi M., Lacouture P.G. Treatment of osteoarthritis pain with controlled release oxycodone or fixed combination of oxycodone plus acetaminophen added to nonsteroidal antiinflammatory drugs: a randomized multicenter, placebo controlled trial. *J Rheumatol*, 26: 862-869, 1999.
- Campione F. La buona morte. In Campione F., Bandieri E. (a cura di). *La buona morte. Corso di formazione permanente sulla morte ed il morire.* (Incluso il DVD delle lezioni di Francesco Campione). Editore CLUEB, Bologna, 2010.
- Carr D.B., Goudas L.C. Pain: acute pain. *Lancet*, 353: 205-208, 1999.
- Cherny N., Ripamonti C., Pereira J., Davis C., Fallon M., McQuay H., Mercadante S., Pasternak G., Ventafridda V., Expert Working Group of the European Association of Palliative Care Network. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. *J Clin Oncol*, 19: 2542-2554, 2001.
- Cleeland C.S., Ryan K.M. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore*, 23 (2): 129-138, 1994.
- Costantini M., Ripamonti C., Beccaro M., Montella M., Borgia P., Casella C., Miccinesi G. Prevalence, distress, management and relief of pain during the last 3 months of cancer patient's life. Results of an Italian mortality follow-back survey. *Ann Oncol*, 20 (4): 729-735, 2009.
- Costantini M., Viterbori P., Flego G. Prevalence of pain in Italian Hospitals: Results of a Regional Cross Sectional Survey. *J Pain Symptom Manage*, 23: 221-230, 2002.
- Costardi D., Rozzini L., Costanzi C., Ghianda D., Franzoni S., Padovani A., Trabucchi M. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Archives of gerontology and geriatrics*, 44 (2): 175-180, 2007.
- De Benedittis G., Massei R., Nobili R., Pieri A. The Italian Pain Questionnaire. *Pain*, 33 (1): 53-62, 1988.
- De Conno F, Ripamonti C, Brunelli C. Opioid purchases and expenditure in nine western European countries: "Are we killing off morphine?". *Palliat Med*, 19: 179-184, 2005.
- DelleMijn P.L. Randomized double-blind active-placebo-controlled cross-over trial of intravenous fentanyl in neuropathic pain. *Lancet*, 349: 753-758, 1997.
- DelleMijn P.L. Prolonged treatment with transdermal fentanyl in neuropathic pain. *J Pain Sympt Manage*, 16: 220-229, 1998.
- Eccleston C., Williams A.C.D.C., Morley S. Psychological Therapies for management of Chronic Pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2, art. No. CD007407, 2009.

- EMEA. Cox 2-inibitori: le conclusioni dell'EMA *'Bollettino d'informazione sui farmaci*, 1: 9-10, 2005.
- European Society for Medical Oncology (ESMO). Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Recommendations. *Annals of Oncology*, 19: ii119-ii121, 2008.
- Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *British journal of cancer*, 84: 587-593, 2001.
- Frisoni G.B., Fedi V., Geroldi C., Trabucchi M. Cognition and the Perception of Physical Symptoms in the Community-dwelling Elderly. *Behavior Med*, 25: 5-12, 1999.
- Goldestein D.J., Lu Y., Detke M.J., Lee T.C., Iyengar S. Duloxetine vs placebo in patients with painful diabetic neuropathy. *Pain*, 116: 109-118, 2005.
- International Association for the Study of Pain. Update on WHO-IASP Activities. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24 (2): 97-101, 1986.
- International Narcotics Control Board (INCB). *Report 2003*. New York, United Nations, 2004.
- Inturrisi C.E. In Bruera E., Portenoy R.K. (eds). *Cancer Pain*. Cambridge University Press. 2003, pp. 111-123.
- Jones J.B. Pathophysiology of acute pain: implications for clinical management. *Emerg Med (Fremantle)*, 13: 288-292, 2001.
- Kidd B.L., Urban L.A.. Mechanisms of inflammatory pain. *Br J Anaesth*, 87: 3-11, 2001.
- Kuch K. Psychological factors and the development of chronic pain. *Clin J Pain*, 17 (Suppl): S33-S38, 2001.
- Larkin P.J., Sykes N.P., Centeno C., Ellershaw J.E., Elsner F., Eugene B., Gootjes J.R., Nabal M., Noguera A., Ripamonti C., Zucco F., Zuurmond W.W.; European Consensus Group on Constipation in Palliative Care. European Consensus Group on Constipation in Palliative Care. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliat Med*, 22 (7): 796-807, 2008.
- Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". *Gazzetta Ufficiale*, 19 marzo 2010, n. 65.
- Loeser J.D., Treede R.D. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*, 137 (3): 473-477, 2008.
- Martoni A., Degli Esposti C., Cricca A., Rocchi G., Giaquinta S. Twice-daily pain monitoring as standard clinical practice for inpatients at a medical oncology unit: a descriptive study. *Annals of Oncology*, 18 (1): 158-162, 2007.
- Melotti R.M., Samolsky-Dekel B.G., Ricchi E., Chiari P., Di Giacinto I., Carosi F., Di Nino G. Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital. *Eur J Pain*, 9: 485-495, 2005.

- Melotti B., Cassani S., Zucchini G., Rubino D. Pain Intensity Monitoring by Nurses as Current Clinical Practice in a Medical Oncology Unit is Feasible but requires Continuous Educational Training. *EJCMO*, 1 (1), 2009.
- Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1 (3): 277-299, 1975.
- Moro C., Brunelli C., Miccinesi G., Fallai M., Morino P., Piazza M., Labianca R., Ripamonti C. Edmonton symptom assessment scale: Italian validation in two palliative care settings. *Supportive care in cancer*, 14 (1): 30-37, 2006.
- Morselli M., Bandieri E., Zanin R., Buonaccorso L., D'Amico R., Forghieri F., Pietramaggiore A., Potenza L., Berti A., Cacciapaglia G., Moliterno A., Galli L., Artioli F., Ripamonti C., Bruera E., Torelli G., Luppi M. Pain and emotional distress in leukaemia patients at diagnosis. *Leuk Res*, 34 (2): e67-e68, 2010.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *Clinical Practice Guideline in Oncology. Adult Cancer Pain*. 2008.
- Peloso P.M., Bellamy N., Bensen W., Thomson G.T., Harsanyi Z., Babul N., Darke A.C. Double blind randomized placebo controlled trial of controlled release codeine in the treatment of osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol*, 27: 764-771, 2000.
- Pergolizzi J., Böger R.H., Budd K., Dahan A., Erdine S., Hans G., Kress H-G., Langford R., Likar R., Raffa R.B., Sacerdote P. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: Consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract*, 8 (4): 287-313, 2008.
- Porter J., Jick H. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Engl J Med*, 302: 123, 1980.
- Raffaelli W. *et al.* Dolore cronico non da cancro. Registro Italiano Buon Uso degli Oppioidi. TDS. *Italian Journal of Pain Management & Palliative Care* (Suppl), 2005.
- Raffaelli W. Oppiacei e Sistema neuroimmunoendocrino. In Amadori D., Corli O., De Conno F., Maltoni M., Zucco F. (a cura di). *Libro Italiano di Cure Palliative*. Editore: Poletto, 2003.
- Raffaelli W., Andruccioli J. Il dolore lombare. In Mercadante S. (a cura di). *Il dolore. Valutazione, diagnosi e trattamento*. Masson, 2006, pp. 319-326.
- Raffaelli W., Salmosky-Dekel B.G. Biological consequences of long-term intrathecal administration of opioids. *Minerva Anesthesiol*, 71: 475-478, 2005.
- Raffaelli W., Marconi G., Fanelli G., Taddei S., Borghi G.B., Casati A. Opioid-related side-effects after intrathecal morphine: a prospective, randomized, double-blind dose-response study. *European Journal of Anaesthesiology*, 23: 605-610, 2006.
- Raffaelli W., Righetti D., Caminiti A., Ingardia A., Balestri M., Pambianco L., Fanelli G., Facondini F., Pantazopoulos P. Implantable Intrathecal Pumps for the Treatment of Non cancer Chronic Pain in Elderly Population: Drug Dose and Clinical Efficacy. *Neuromodulation*, 11 (1): 33-39, 2008.

- Raffaelli W., Pari C., Corvetta A., Sarti D., Di Sabatino V., Biasi G., Galeazzi M. Oxycodone/acetaminophen at low dosage: An alternative pain treatment for patients with rheumatoid arthritis. *Jour Of Opioid Management*, 5 (6): 1-7, 2009.
- Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute. *Indagine sul dolore negli ospedali dell'Emilia-Romagna*. 2008. <http://www.saluter.it>
- Ripamonti C., Bandieri E. Pain therapy. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 70: 145-159, 2009.
- Ripamonti C.I., Brunelli C. Comparison between numerical rating scale and six-level verbal rating scale in cancer patients with pain: a preliminary report. *Support Care Cancer*, 17: 1433-1434, 2009.
- Ripamonti C., Zecca E., Brunelli C., Groff L., Boffi R., Caraceni A., Galeazzi G., Martini C., Panzeri C., Saita L., Viggiano V., De Conno F. Pain experienced by patients hospitalized at the national Cancer Institute of Milan: Research project "Towards a pain-free hospital". *Tumori*, 86: 412-418, 2000.
- Roth S., Fleischmann R., Burch F., Dietz F., Bockow B., Rapoport R.J., Rutstein J., Lacouture P.G. Around-the-clock, controlled-release oxycodone therapy for osteoarthritis-related pain: placebo-controlled trial and long-term evaluation. *Archi Intern Med*, 160: 853-860, 2000.
- Scherder E., Osterman J., Swaab D., Herr K., Ooms M., Ribbe M., Sergeant J., Pickering G., Benedetti F. Recent development in pain and dementia. *BMJ*, 330 (7489): 461-464, 2005.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Control of Pain in Patients with Cancer. A National Clinical Guideline*. 2008.
- Serlin R.C., Mendoza T.R., Nakamura Y., Edwards K.R., Cleeland C.S. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*, 61: 277-284, 1995.
- Sichetti D., Di Biagio K., Anino N., Buttà R., Venturi C., Bandieri E., Ripamonti C., Tognoni G., Romero M. The ECAD-O Project: clinical caring epidemiology of pain in the hospital: the nurses' contribution. *Assist Inferm Ric*, 28 (2): 73-81, 2009.
- Sichetti D., Bandieri E., Romero M., Di Biagio K., Luppi M., Belfiglio M., Tognoni G., Ripamonti C.I. and for ECAD Working Group. Impact of setting of care on pain management in patients with cancer: a multicentre cross-sectional study. *Annals of Oncology*, 2010, in corso di pubblicazione.
- Teno J.M., Weitzen S., Wetle T. Persistent Pain in Nursing Home Residents. *JAMA*, 285 (16): 2081, 2001.
- Trescot A.M., Boswell M.V., Atluri S.L., Hansen H.C., Deer T.R., Abdi S., Jasper J.F., Singh V., Jordan A.E., Johnson B.W., Cicala R.S., Dunbar E.E., Helm S. 2nd, Varley K.G., Suchdev P.K., Swicegood J.R., Calodney A.K., Ogoke B.A., Minore W.S., Manchikanti L. Opioid guidelines in the management of chronic non cancer pain. *Pain Physician*, 9: 1-40, 2006.

- Trescot A.M., Helm S., Hansen H., Benyamin R., Glaser S.E., Adlaka R., Patel S., Manchikanti L. Opioids in the management of chronic non cancer pain: an update of American Society of the interventional pain Physicians' (ASIPP) guidelines. *Pain Physician*, 11 (2 Suppl): S5-S62, 2008.
- Turk D.C., Swanson K.S., Tunks E.R. Psychological Approaches in the treatment of Chronic Pain Patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (4): 213-223, 2008.
- Turner J.A., Chapman C.R. Psychological interventions for chronic pain: A critical review. *Pain*, 12: 23-46, 1982.
- Varrassi G., Raffaelli W., Marinangeli F., Ursini M.L., Piroli A., Paladini A., Righetti D., Monterubbianesi M.C., Andruccioli J., Sarti D. Epidemiology and treatment of pain in Italy: part I. *Europ Jour of Pain*, Suppl. 2: 44-46, 2008.
- Ventafridda V., Tamburini M., Caraceni A., De Conno F., Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer*, 59: 850-856, 1987.
- Visentin M., Zanolin E., Trentin L., Sartori S., de Marco R. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals *European Journal of Pain*, 9: 61-67, 2005.
- Vlaeyen J.W.S., Morley S. Cognitive-Behavioral Treatments for Chronic Pain: What for Whom? *The Clinical Journal of Pain*, 21 (1): 1-8, 2005.
- Watson C.P., Babul N. Efficacy of oxycodone in neuropathic pain: a randomized trial in postherpetic neuralgia. *Neurology*, 50: 1837-1841, 1998.
- WHO. *Cancer pain relief*. 2nd edition. 1996.
- WHO. *Narcotic and Psychotropic Drugs. Achieving balance in national opioids control policy. Guidelines for assessment*. Geneva, WHO, 2000.
- Williamson A., Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Pain*, 14 (7): 798-804, 2005.
- Yanni L.M., Weaver M.F., Johnson B.A., Morgan L.A., Harrington S.E., Ketchum J.M. Management of chronic non malignant pain. A needs assessment in an internal medicine resident continuity clinic. *J Opioid Manag*, 4 (4): 201-211, 2008.
- Zhou Y., Furgang F.A., Zhang Y. Quality Assurance for Interventional Pain Management Procedures. *Pain Physician*, 9: 107-114, 2006.

Allegati

Allegato 1. Documenti di riferimento

Per i principali orientamenti terapeutici per il trattamento del dolore cronico oncologico, si rinvia ai documenti sotto riportati

- "Indicazioni per la valutazione e il trattamento del dolore oncologico"
Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna
http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/assistenza_ospedaliera/docu_intro/linkpag/docu/lk_dolore/page/documenti/dolore_onc.pdf (pdf, 565 Kb)
- Pacchetti informativi CEVEAS "Morfina orale e altri oppioidi nel dolore oncologico. Terapie consolidate e novità." e allegati (n. 2 - ottobre 2006 e aggiornamento n. 3 dicembre 2008)
<http://www.ceveas.it> - "area farmaci" → "cure palliative in oncologia"
- Il sito *web* del CeVEAS (<http://www.ceveas.it>) ospita un'area tematica dedicata alle "Cure palliative in oncologia" realizzato come strumento di informazione/formazione dedicato in particolare al tema del trattamento del dolore in oncologia, rivolto principalmente alle cure primarie

Allegato 2. *Pain assessment in advanced dementia (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

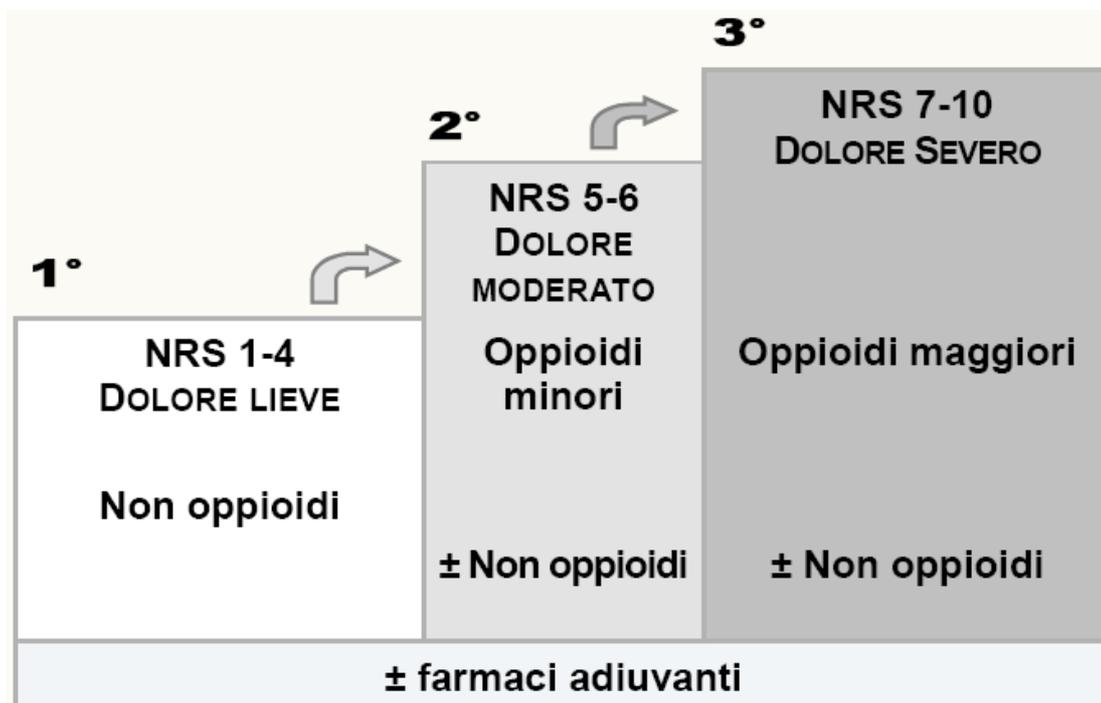
0 = nessun dolore

10 = massimo dolore

Allegato 3. Scala Abbey

Q.1 Verbalizzazione:	piange, lamenta, geme, frigna	Assente: 0 Lieve: 1 Moderato: 2 Severo: 3	Q.1	
Q.2 Espressione facciale:	sguardo teso, impaurito, smorfie		Q.2	
Q.3 Cambiamento del linguaggio corporeo:	muove con irrequietezza, dondola, ritrae, accovaccia		Q.3	
Q.4 Cambiamento del comportamento:	aumento della confusione, rifiuto del cibo		Q.4	
Q.5 Cambiamento fisiologico:	sudorazione o pallore, aumento della temperatura, pressione > 90/140mmHg		Q.5	
Q.6 Cambiamento fisico:	lacerazioni sulla pelle, lesioni da decubito, contratture, precedenti ferite		Q.6	
PUNTEGGIO TOTALE				
0-2 DOLORE ASSENTE	3-7 DOLORE LIEVE	8-13 DOLORE MODERATO	14-18 DOLORE SEVERO	

Allegato 4. Scala OMS



Scala dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 1996) modificata.

(Consultare tabella per dettaglio farmaci analgesici - *Allegato 6*).

Allegato 5. Scala di astinenza OOWS (*objective opioid withdrawal scale*)

Osservare il malato per 5 minuti e poi assegnare un punteggio per ogni sintomo di astinenza elencato a fianco.

1.	Sbadiglio 0 = assente; 1 = \geq 1 sbadiglio
2.	Rinorrea 0 = < 3 sniffi; 1 = \geq 3 sniffi
3.	Piloerezione (osservare braccio) 0 = assente; 1 = presente
4.	Sudorazione 0 = assente; 1 = presente
5.	Lacrimazione 0 = assente; 1 = presente
6.	Tremore 0 = assente; 1 = presente
7.	Midriasi 0 = assente; 1 = presente
8.	Vampate di caldo – Brividi 0 = assente; 1 = tremore
9.	Irrequietezza 0 = assente; 1 = cambi frequenti di posizione
10.	Vomito 0 = assente; 1 = presente
11.	Spasmi muscolari 0 = assente; 1 = presente
12.	Crampi addominali 0 = assente; 1 = presente
13.	Ansia 0 = assente; 1 = lieve-severa
	<u>TOTALE</u>

Allegato 6. Tabella a titolo esemplificativo dei principali farmaci analgesici in uso

contenuti nel Prontuario terapeutico regionale

Fonti principali:

Schede tecniche dei farmaci

Durg Italia - <http://www.eurodurg.com/natgroups.htm>

Farmacopea XII ed

Documenti PTR - http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/assistenza_farmaceutica/prontuario_rer/PTR.htm

	ANALGESICI NON OPIOIDI	Dose media giornaliera	Dose max/ 24 h	Commenti	
	Paracetamolo	1,2 g	2-3 g	Ridurre la dose massima del 50-75% se insufficienza epatica o abuso di alcool.	
FANS	Ketoprofene	150 mg	200 mg	Maggiore rischio di gastrolesività nel paziente anziano. Cautela/ controindicazione nelle patologie allergiche. Possono peggiorare la funzionalità renale.	FANS a media tossicità gastrolesiva
	Diclofenac	150 mg	150 mg		FANS a media tossicità gastrolesiva
	Nimesulide	100 mg	200 mg; max 15 gg di terapia		Maggiore rischio epatotossico rispetto agli altri antinfiammatori
	Ibuprofene	1.200 mg	1.800 mg		FANS a bassa tossicità gastrolesiva
	Naprossene	1.000 mg	1.000 mg		FANS a media tossicità gastrolesiva

Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica
Allegati

	ADIUVANTI	Dose media giornaliera	Dose max/ 24 h	Titolazione	Commenti
CORTICOSTEROIDI	Desametasone	1,5 mg	40-60 mg		Usare la dose più bassa possibile per prevenire effetti collaterali da steroidi; anticipare ritenzione idrica e iperglicemia
	Prednisone	10-20 mg	40-80 mg		La dose terapeutica d'attacco può essere più alta La sospensione della terapia deve avvenire in maniera graduale
ANTIDEPRESSIVI	Amitriptilina	10-50 mg	150-300 mg	Dopo 3-5 gg	Significativo aumento di rischio di effetti collaterali di tipo anticolinergico
	Clomipramina	individualizzato (10-150 mg)	150 mg		Dopo l'avvio della terapia ridurre la dose ad un livello ottimale Prima scelta nel dolore neuropatico (post-erpetico) secondo LG
ANTIEPILETTICI	Carbamazepina	200-400 mg	800 mg	Dopo 3-5 gg	Controllare funzionalità epatica, emocromo, azotemia, creatinina, elettroliti Prima scelta nella nevralgia del trigemino
		anziani: 100 mg/2 die			
	Gabapentin	150-900 mg (a seconda della funzionalità renale)	300-3.600 mg (a seconda della funzionalità renale)	Da 3 gg a 3 settimane	Indicato per il trattamento del dolore neuropatico, secondo nota AIFA 4, solo nel paziente adulto. Controllare sedazione, atassia, edema

Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica
Allegati

	ADIUVANTI	Dose media giornaliera	Dose max/ 24 h	Titolazione	Commenti
BENZO-DIAZEPINE	Lorazepam	1-2 mg	10 mg		Stati di ansia
	Diazepm	10-30 mg	40 mg		Per il controllo di spasmi muscolari di origine centrale e periferica
NEUROLETTICI	Clorpromazina	individualizzato in rapporto all'età del paziente, alla natura e alla gravità dell'affezione, alla risposta terapeutica e alla tollerabilità del farmaco			
	Levomepromazina	iniziare il trattamento con dosi basse			
	Perfenazina	individualizzato in rapporto all'età del paziente, alla natura e alla gravità dell'affezione, alla risposta terapeutica e alla tollerabilità del farmaco	64 mg		
MIORILASSANTI AZ. CENTRALE	Baclofen	5 mg	5-20 mg x 2 o x 3 (200 mg)	Dopo 3-5 gg	Controllare debolezza muscolare, funzione urinaria, evitare la sospensione brusca (irritabilità SNC)

Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica
Allegati

	ANALGESICI OPPIOIDI	Dose iniziale	Dose max/24 h	Titolazione	Commenti
OPPIOIDI MINORI	Tramadolo	25 mg (10 gtt) ogni 4/6h	300 mg	Dopo 4-6 dosi	Meccanismo misto oppioide agonista e inibitore <i>re-uptake</i> serotonina e noradrenalina. Presenta effetto tetto
	Codeina + Paracetamolo	30 mg + 500 mg	1 cpr ogni 4-6 h	Dopo 3-4gg	7% popolazione caucasica non risponde (deficit enzima CYPD6 che converte codeina in morfina)
OPPIOIDI MAGGIORI	Ossicodone a rilascio controllato	5-10 mg x 2	20-40-80 ogni 12 h Fino a dose efficace	Dopo 3-5 gg	Effetto immediato. Non presenta effetto tetto
	Ossicodone pronto rilascio + Paracetamolo	5 - 10 - 20 mg + 325 mg	1 cpr ogni 4-6 ore		
	Morfina a rilascio ritardato	10 mg x 2	40-80-100 ogni 12 h Fino a dose efficace	Dopo 3-5 gg	I metaboliti della morfina possono accumularsi nei pazienti con insufficienza renale o quando sono necessarie alte dosi. Non presenta effetto tetto
	Fentanyl	12,5 - 25 - 50 - 75 mcg/h in formulazione cerotto 1 cerotto ogni 72 h	Fino a dose efficace		Il picco dell'effetto della prima dose si verifica dopo 18-24 ore e l'efficacia persiste per 72±12 ore. Non presenta effetto tetto Per l'indicazione all'uso dei cerotti transdermici di Fentanyl si rimanda all'allegato CEVEAS "Morfina orale e altri oppioidi nel dolore oncologico". La Commissione regionale del farmaco ne raccomanda l'uso solo quando non sia utilizzabile la via orale Note: 1) non usare come farmaco di prima scelta, 2) utilizzare sempre in pazienti già trattati con morfina, 3) ricordare che secondo le tabelle di conversione in uso, 60 mg di morfina solfato/die/os, corrispondono a Fentanyl 25 µg/h

Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica
Allegati

	ANALGESICI OPPIOIDI	Dose iniziale	Dose max/24 h	Titolazione	Commenti
OPPIOIDI MAGGIORI (continua)	Buprenorfina	35 - 52,5 - 75 mcg/h in formulazione cerotto, 1 cerotto ogni 72 h	Fino a dose efficace		Il picco dell'effetto della prima dose si verifica dopo 18-24 ore e l'efficacia persiste per 72±12 ore. Per l'utilizzo di tale farmaco si rimanda all'allegato CeVEAS "Morfina orale ed altri oppioidi nel dolore oncologico". La Commissione regionale del farmaco ne raccomanda l'uso come sopra
	Idromorfone	4 mg	8-16-32 mg ogni 24h fino a dose efficace		Consultare Scheda CRF di valutazione del farmaco (allegato n. 82 al PTR)
	Morfina a rilascio immediato	2,5 - 10 mg x 6	Nel BTP 1/5-1/6 della dose/24h di oppiaceo a lento rilascio (vedi tabelle conversione)	Dopo 1-2 dosi	Raccomandato per la titolazione iniziale e come <i>dose rescue</i> per il dolore improvviso (<i>breakthrough pain</i>). Non presenta effetto tetto
	Fentanyl transmucosale	200 - 400 - 800 - 1.200 mcg verificare	Nel BTP 1/5-1/6 della dose/24h di oppiaceo a lento rilascio (vedi tabelle conversione)		Raccomandato come dose rescue (di solito 1/5-1/6 della dose gg di oppiaceo a lento rilascio) per il dolore improvviso (<i>breakthrough pain</i>). Non presenta effetto tetto

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna. (*)

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.

2001

47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
72. Linee guida per la chemioprolassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)

- 78.** Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 79.** Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
- 80.** Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)
- 81.** Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
- 82.** Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
- 83.** Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna.
- 84.** I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
- 85.** Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
- 86.** Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna.
- 87.** I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 88.** Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

- 89.** Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
- 90.** La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
- 91.** Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
- 92.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
- 93.** Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
- 94.** Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
- 95.** Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 96.** Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 97.** Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
- 98.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
- 99.** La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
- 100.** Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
- 101.** Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 102.** Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
- 103.** Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna.
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
- 107.** Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 108.** Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna.
- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.

- 110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna.
- 111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna.
- 112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)
- 113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)
- 115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna.
- 121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (*)
- 137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

- 141. Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna. (*)
- 142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
- 143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)

- 144.** La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
- 145.** Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)
- 146.** Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)
- 147.** Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
- 148.** I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 149.** E-learning in sanità. Bologna. (*)
- 150.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
- 151.** "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
- 152.** L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)
- 153.** Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 154.** Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 155.** La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
- 156.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
- 157.** FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
- 158.** Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
- 159.** L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 160.** Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

- 161.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
- 162.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
- 163.** Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
- 164.** La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 165.** L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
- 166.** Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 167.** La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
- 168.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 169.** Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
- 170.** Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
- 171.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

- 172.** La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
- 173.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 174.** I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
- 175.** Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)
- 176.** Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)

- 177.** Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)
- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)
- 180.** La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
- 181.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)
- 182.** La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 183.** I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 184.** Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)
- 185.** Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)
- 186.** Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
- 187.** Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

- 188.** Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 189.** "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
- 190.** Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 191.** I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)
- 192.** La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (*)
- 193.** Il *mobbing* tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del *focus group*. Bologna. (*)
- 194.** Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (*)
- 195.** Indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)

