



Congregazione Suore Ancelle della Carità
Casa di Cura "Domus Salutis"
U.O. di Riabilitazione Polifunzionale
Specialistica
Responsabile: dott. Marco Martinelli
Tel.030 3709569

LINEE GUIDA DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO

A cura di : dott.ssa Stefania Pivetti

Premessa

Il dolore cronico di natura non oncologica è il dolore che si manifesta in presenza di una malattia degenerativa e/o infiammatoria non guaribile. In questo caso il dolore si accentua con il progredire della patologia da cui è affetto il paziente o persiste nonostante la guarigione dal processo patologico che lo ha determinato. In questa situazione il dolore diventa esso stesso da sintomo una malattia nella malattia, o spesso una malattia a se stante, che necessita di cure e attenzioni del tutto particolari.

Avere dolore, vivere ogni giorno con dolore, senza una riduzione significativa dell'aspettativa di vita, è un handicap con cui spesso devono convivere molti pazienti. Molti di questi malati, proprio a causa di un dolore persistente, vanno incontro a una progressiva riduzione della loro autonomia e delle loro performance lavorative o nelle attività della vita quotidiana e di relazione – attività ancora più importanti quando il malato non fa più parte del mondo del lavoro perché in pensione. La capacità di essere autonomi, di compiere senza problemi le attività della vita quotidiana sia quando si svolge un'attività lavorativa, sia quando si è in pensione, è una risorsa di grande valore per la persona. La riduzione di questa capacità, con conseguente disabilità dovuta alle cause più disparate, comporta anche in questo caso (come nel dolore oncologico) implicazioni che vanno ben al di là del semplice sintomo algico.

Per un paziente in età lavorativa un dolore persistente può limitare la capacità di svolgere adeguatamente le proprie mansioni, fino a minarne in modo significativo la capacità di guadagno e di carriera. Ma anche per chi non lavora, o non lavora più, la presenza di un dolore cronico può limitare in modo significativo la capacità di svolgere normalmente e autonomamente le attività abituali della vita quotidiana, costringendo anche a limitare quelle del tempo libero; questo porta a essere sempre più dipendenti anche per la sola gestione della normale quotidianità.

Anche in questo caso il trattamento del dolore cronico deve tenere conto delle restrizioni che questo sintomo porta alla consueta attività e alla vita di relazione di un determinato individuo. Sebbene la malattia in questo caso non abbia dirette implicazioni sull'aspettativa di vita, proprio la persistente limitazione che da essa ne deriva implica che un intervento per controllare il dolore deve proporsi obiettivi realistici, che vanno dal ripristino almeno parziale delle performance di attività (con

un miglioramento anche minimo della qualità di vita) fino al raggiungimento di tutte le possibili realistiche implementazioni di autonomia. Devono quindi essere fornite al malato terapie volte sia a ridurre il sintomo dolore a un livello di accettabilità (al di sotto della sua personale soglia di interferenza), sia tali da consentirgli di migliorare la propria autonomia quotidiana (riduzione della disabilità).

L'obiettivo è pertanto fornire a ogni malato, oltre ai farmaci appropriati, quegli ausili strumentali, fisiokinesioterapici e di supporto psicologico in grado di migliorare e far recuperare il più possibile l'autonomia, anche in presenza di un dolore cronico persistente.

La disabilità, che si associa sempre al dolore cronico, è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) [1980] come “una limitazione o una perdita – derivante da un'alterazione – della capacità di eseguire un'attività nella maniera o nel range considerato normale per un essere umano”. Il riferimento al termine “attività” è inteso, nella maggior parte dei casi, come “capacità lavorativa”, ma è necessario comprendere nel termine anche la restrizione allo svolgimento delle varie attività della vita che sono proprie degli individui di quell'età.

La disabilità riguarda l'area della limitazione funzionale. Purtroppo non sempre il controllo del dolore è seguito dalla ripresa delle abilità. La presenza di dolore cronico e di disabilità incide sempre sulla qualità di vita, ma anche in questo caso, purtroppo, non sempre il recupero delle abilità e la scomparsa del dolore migliorano di per sé la qualità di vita, anche se sono ovviamente delle premesse ineludibili.

Obiettivi

Di fronte a un dolore cronico di natura non oncologica, l'obiettivo è raramente la guarigione, ma molto più realisticamente un sollievo accettabile dal dolore.

A breve/medio termine:

- riduzione di intensità e durata della sintomatologia algica (o della spasticità);
- miglioramento delle capacità di adattamento alla sindrome dolorosa cronica;
- raggiungimento del livello funzionale più elevato possibile.

A lungo termine:

- mantenimento e miglioramento degli obiettivi raggiunti a breve e medio termine;
- autonomia nello svolgimento delle principali attività quotidiane;
- analisi, valutazione e affinamento delle capacità residue ai fini del reinserimento in ambito familiare, sociale e lavorativo;
- miglioramento della qualità di vita.

Programma riabilitativo

Il programma riabilitativo prevede l'integrazione tra terapia fisica antalgica (TENS, Laserterapia, US a massaggio e ad immersione, ionoforesi, massoterapia distrettuale), fisiochinesiterapia (esercizi di mobilizzazione passiva-attiva assistita, pompaggio, stretching muscolare, esercizi propriocettivi, linfodrenaggio manuale, rieducazione motoria sec. McKenzie per cervicalgia e lombalgia), idrochinesiterapia, iniezione di tossina botulinica, infiltrazioni intra-periarticolari, agopuntura.

Operatori coinvolti

Di seguito la composizione dei team coinvolti nella riabilitazione.

- Composizione del team operativo: algologo, psicologo, fisiatra e fisioterapista, infermiere professionale.

Algologo e fisiatra svolgono il compito di coordinatore e responsabile globale degli interventi terapeutici.

Infermiere professionale e fisioterapista hanno la responsabilità professionale dell'attuazione delle disposizioni mediche e del nursing.

Modalità di comunicazione

- Riunioni del team operativo per la valutazione periodica e il monitoraggio del processo terapeutico

Strumenti di comunicazione e valutazione

- Scheda generale comprendente i dati anamnestici e la valutazione del dolore (VAS), comorbidità (*CIRS*), disabilità (*Barthel Index*), ansia-depressione (Tampa Scale of Kinesiophobia)
- Scheda di valutazione funzionale e di esplicitazione degli obiettivi a breve, medio e lungo termine.
- Valutazione mediante BPI (*Brief Pain Inventory*) o altro strumento multidimensionale di valutazione.
- Diario clinico giornaliero e prescrizioni diagnostico-terapeutiche e riabilitative.

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE CRONICO

Alla prima visita o al momento del ricovero, lo specialista (fisiatra, algologo, geriatra, internista cardiologo, ...) che incontra il paziente dovrebbe ricercare un eventuale dolore persistente anche se non esplicitamente riferito

Qualunque paziente con dolore cronico che abbia un impatto sulle funzioni fisiche, psichiche o sociali, o su altri aspetti di qualità di vita dovrebbe essere riconosciuto come un problema rilevante e dovrebbe essere sottoposto ad una valutazione complessiva del dolore, con l'obiettivo di identificare tutti i fattori potenzialmente correggibili.

La valutazione dovrebbe focalizzarsi sull'annotazione e registrazione di una serie di eventi che abbiano portato all'attuale sintomatologia dolorosa e sulla indicazione di una diagnosi, di un programma terapeutico, di una probabile prognosi

La valutazione iniziale dovrebbe includere la valutazione delle funzioni psicologiche, compreso il tono dell'umore (es. depressione, ansia), della stima di sé, della capacità di affrontare il dolore, della insicurezza e della paura correlate al dolore.

La valutazione iniziale dovrebbe includere: la presenza di un supporto socio-familiare e di persone di riferimento, un'anamnesi lavorativa, l'ambiente culturale e l'accessibilità ai servizi sanitari.

In particolare nei pazienti più anziani valutare le funzioni cognitive per evidenziare uno stato confusionale nuovo o di recente aggravamento.

1. Valutare e registrare in modo quantitativo il dolore usando una scala standard del dolore. Una varietà di scale descrittive, di termometri del dolore, di scale di valutazione numeriche e scale di dolore a vignetta hanno una validità accettabile.
2. Dovrebbe essere tenuto in considerazione l'uso di uno strumento multidimensionale del dolore, che valuta il dolore in relazione ad altri ambiti.

I pazienti con dolore persistente dovrebbero essere rivalutati regolarmente per valutare i miglioramenti, i peggioramenti o le complicanze.

- A. Dovrebbe essere preso in considerazione l'uso di un diario del dolore con regolari registrazioni dell'intensità del dolore, dell'uso di farmaci, del tono dell'umore, della risposta al trattamento.
- B. Alla valutazione iniziale e alle successive di follow-up dovrebbero essere usate le stesse scale di valutazione quantitativa del dolore.

Intervento psicologico nei pazienti con dolore cronico

Come evidenziato da vari studi, esiste un'elevata correlazione (dall'86,5% al 90%) tra dolore cronico e disturbi psichici dell'Asse I del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), in particolare Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbi da Dipendenza o Abuso da Sostanze (analgesici, alcool, sedativi) e Disturbi d'Ansia, e una correlazione dal 40% al 59% tra dolore cronico e Disturbi di Personalità, nonché la presenza di alterazioni psicopatologiche prima dell'insorgere del dolore più frequenti (77%) rispetto a quelle riscontrate nella popolazione generale.

Data questa elevata correlazione, i pazienti affetti da dolore cronico spesso necessitano di un intervento psicologico/psicoterapeutico e specificatamente di:

- *supporto* in presenza di aspetti depressivi e/o ansiosi reattivi alle limitazioni conseguenti alla comparsa del dolore, allo scopo di favorire l'accettazione e l'adattamento a tale condizione;
- *psicoterapia* quando "si valuta che qualche fattore psicologico abbia un ruolo importante nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore" e che il

dolore causi “malessere clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre importanti aree” (riprendendo la definizione di Disturbo Algico proposta dal DSM-IV-TR).

Il medico può ipotizzare che il dolore sia influenzato in modo considerevole da qualche fattore psicologico e quindi deve inviare il paziente allo psicologo per una valutazione quando, accanto all’instaurarsi di una significativa invalidità, si verificano delle particolari condizioni come:

- La localizzazione e l’intensità del dolore non sono coerenti con i dati rilevati dall’esame obiettivo o sono presenti peculiarità nella sua comparsa o nella risposta ai farmaci e al placebo (es. la localizzazione del dolore è variabile, l’intensità riferita dal soggetto non è congruente con la sua mimica facciale, il paziente riporta un sollievo maggiore della media se trattato con placebo)
Sono presenti in anamnesi disturbi psichici preesistenti all’insorgenza del dolore
- A fronte di una presa in carico specialistica per il dolore, il paziente continua a cambiare medici, strutture di riferimento e/o farmaci, senza mai trovare la cura adeguata
- Il soggetto riferisce una storia di malattia (e anche di dolore in altri distretti corporei) piuttosto lunga e precoce, che di solito costituisce un nucleo centrale della sua vita, attraverso la quale si presenta
- Il soggetto presenta un “comportamento di malattia anomalo” caratterizzato da modalità enfatiche e/o di iniziale negazione del disturbo con conseguente trascuratezza
- Il paziente ha vissuto situazioni stressanti poco prima che comparisse o si aggravasse il dolore
- Il paziente ha tratto dei “vantaggi secondari” considerevoli in seguito alla presenza del dolore, quali maggiore attenzione dei familiari, deresponsabilizzazione rispetto a compiti sgradevoli o pesanti, “giustificazione” per evitare attività o relazioni rispetto alle quali presentava già da prima difficoltà

Quando controllare il raggiungimento degli obiettivi

È opinione condivisa che la verifica dell’efficacia di una prescrizione di farmaci analgesici debba essere fatta in tempi ravvicinati, per apportare le opportune correzioni, in caso il dolore non sia sufficientemente controllato. Indicativamente si suggerisce che il controllo della terapia avvenga entro la prima settimana e successivamente a 15, 30 e 60 giorni.

Controlli più ravvicinati sono obbligatori nel caso la terapia risulti inefficace o non sufficiente, come pure qualora compaiano effetti collaterali indesiderati o inaccettabili. A tutti i pazienti deve essere chiaramente detto che, in presenza di queste due ultime situazioni, devono richiedere un nuovo controllo medico in tempi brevi.

Se il controllo totale di un dolore cronico è pressoché impossibile, l'unica opzione credibile è dare al malato un obiettivo realistico, condividendo con lui le tappe per realizzarlo. È possibile pertanto verificare il raggiungimento dei due obiettivi descritti in precedenza: riduzione dell'intensità del dolore e riduzione della disabilità.

Che cosa può essere definito come un obiettivo realistico? In linea di massima si può ritenere accettabile come obiettivo una riduzione significativa e misurabile dell'intensità del sintomo alla visita di controllo rispetto alla valutazione iniziale o precedente, così come un miglioramento della percezione soggettiva della tollerabilità del dolore.

La disabilità può essere valutata misurando le performance e la qualità di vita. Nella pratica clinica il dato obiettivo da valutare, che stima il grado di disabilità dei pazienti, è la misura di ciò che i pazienti non riescono a fare e la riduzione della qualità di vita intesa come distanza tra ciò che il malato desidera fare e ciò che può fare.

Parametri importanti, quindi da valutare per definire se il trattamento è stato almeno parzialmente efficace, sono un miglioramento della capacità di autonomia funzionale (cioè la capacità di muoversi in modo più autonomo nell'espletare le normali attività della vita quotidiana) o l'aver recuperato almeno in parte, con un disagio accettabile, la vita di relazione. Parimenti, anche l'aver ripreso almeno parzialmente la normale attività lavorativa, magari con una semplificazione delle mansioni e dei compiti, può essere motivo di soddisfazione sia per il paziente sia per il medico ed essere ritenuta una performance accettabile.

Algoritmo gestione paziente con dolore cronico non oncologico

