IL DOLORE IN OSPEDALE

R. Coluccia- *Primario del Servizio di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore*

Istituto Ortopedico G. Pini, Clinica Ortopedica dell'Università di Milano

Ancora oggi nell'immaginario collettivo l'ospedale rappresenta un luogo soprattutto di sofferenza, pur trasmettendo in generale un senso di sicurezza.
Da alcuni anni però l'importanza assunta dalla "medicina della prevenzione" ha conferito all'ospedale un ruolo sempre più associato al concetto di "salute pubblica".
Rimane comunque nel soggetto ammalato che si rivolge ad una tale struttura il timore di dover affrontare nell'iter della sua cura un percorso di "sofferenza", dove il dolore rappresenta una parte estremamente rilevante: è qui che si innesca il concetto di "Etica del dolore".
Nella valutazione etica, il dolore è stato a lungo associato all'idea di castigo.
Ad esempio, nell'Antico Testamento Dio si rivolge alla donna che ha peccato con queste parole: "moltiplicherò le tue pene ed avrai i figli nel dolore"; e nel Corano la mancanza di fede è colpita da "castighi dolorosi".
L'idea di castigo ha anche influenzato il comune sentire della gente.
In epoca moderna, tuttavia, si è fatta strada un'altra interpretazione secondo la quale il dolore non è un castigo da accettare supinamente, ma costituisce la connotazione che accompagna il male e lo distingue dal bene: non va quindi subìto, ma va inteso come un segnale d'allarme da spegnere non appena ha assolto il suo compito.
Il dolore, segnalando i danni e i pericoli, è un meccanismo fisiologico: protegge la donna che partorisce, frenando la spinta del feto prima che diventi devastante per i tessuti circostanti; segna il confine tra lo sforzo sopportabile dall'organismo e quello che lo stroncherebbe; avverte l'esistenza di una malattia, dovunque essa si annidi, quando è ancora latente o incipiente; si manifesta maggiormente durante la notte, quando gli altri sensi che possono segnalare i pericoli sono sopiti.
Il dolore però si trasforma in patologia quando va oltre il suo ruolo fisiologico, divenendo allora controproducente: impedisce alla partoriente d'aiutare il figlio che nasce; aggrava le crisi cardiache, aumentando la pressione del sangue e sottoponendo l'apparato circolatorio ad un carico che può essere fatale; rende insopportabili molte malattie croniche ben al di là delle loro manifestazioni somatiche, togliendo a chi ne soffre la capacità di reagire e, al limite, la stessa voglia di vivere.
Un concetto fondamentale da non trascurare è che non esiste dolore senza integrazione psichica, che ne condiziona l'intensità[1].
C'è anche il dolore che accompagna la sofferenza non del corpo, ma della mente ferita da avvenimenti traumatizzanti: la sofferenza *(suffering)* è sempre un'esperienza psichica, anche quando nasce dal corpo.
Il termine dolore *(pain)* si applica alla sofferenza fisica come a quella psichica.
Il Comitato Nazionale per la Bioetica (C.N.B.) ha ritenuto di dover procedere su questi temi partendo dalla terapia del dolore, intesa come cura e assistenza (*cure and care*) finalizzata al controllo della sofferenza fisica e al supporto psico-sociale al paziente, a causa delle omissioni riscontrate nel sistema sanitario e nella pratica medica.
Prova di questo percorso è stata l'evoluzione nel tempo dei concetti guida dell'elaborazione del Codice Deontologico, sia del medico che dell'infermiere.
Nel 1995 si ribadiva che "I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza fisica o psichica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, al fine di procurare un concreto beneficio clinico al paziente o di alleviarne le sofferenze".
Nel 1998 il Codice Deontologico nel capo V (dopo aver premesso che "*Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocare la morte*"- art

36-) cita che: "In caso di malattia a prognosi sicuramente infausta e pervenuta alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera alla assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita" (art.37).
L'attuale codice deontologico della professione infermieristica si ispira ai medesimi principi con importanti cambiamenti che si registrano nell'evoluzione dei codici: nel 1977 si indicava come dovere dell'infermiere quello di aiutare il paziente a "sopportare la sofferenza", mentre nella versione del codice del 1999 viene indicato come dovere quello "di attivarsi per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili" della malattia (art. 4-14), tra i quali ha un ruolo prevalente il dolore.
Il cambiamento di cultura riguardo al controllo del dolore richiede interventi tanto sul versante degli operatori sanitari, quanto sull'insieme della popolazione.
I sanitari sono tenuti ad acquisire e a tener conto del punto di vista del paziente (i suoi valori, le sue preferenze, la sua concezione della vita e della salute) nelle decisioni cliniche[2].
La quantità dell'impegno antalgico, considerata in rapporto con le limitazioni che può comportare per la coscienza e per la stessa durata della vita, va valutata alla luce dell'idea di "qualità della vita" che ogni persona ha il diritto di formulare per sé.
La terapia del dolore diventa così parte integrante di ciò che una persona può e deve aspettarsi dalla medicina e dai servizi sanitari.
Per assolvere a questa esigenza si rende necessaria una formazione continua per modificare abitudini di trattamenti ormai superati e inefficaci, affiancata da una rilevazione sistematica dell'entità del dolore, come qualsiasi altro parametro vitale[3].
Fondamentale è l'individuazione di un membro dello staff sanitario come responsabile della elaborazione di protocolli analgesici standard, che si occupi anche del controllo di qualità dei trattamenti e del loro continuo aggiornamento.
Tutti i maggiori ospedali devono pertanto istituire un servizio per il trattamento del dolore sia acuto che cronico che utilizzi un approccio multidisciplinare con la collaborazione di chirurghi, nurses ed eventualmente anche altri specialisti[4].
In questo servizio l'anestesista deve svolgere un ruolo primario.
Per poter affrontare efficacemente questo problema, si è reso indispensabile istituire delle strutture di cura multidisciplinare, in grado di mettere in atto tutte quelle strategie terapeutiche per trattare il dolore, minimizzandone l'incidenza.
Nasce così il concetto di "Ospedale senza Dolore" (OSD), dove si intende un ospedale che effettua, in modo sistematico, cioè per tutti i pazienti trattati, la valutazione e il controllo terapeutico del dolore, sia acuto che cronico.
Le origini di questa iniziativa risalgono alla seconda metà degli anni Quaranta, quando John Bonica, trovandosi a trattare un gran numero di feriti di guerra, realizzò a Seattle il primo Ospedale senza Dolore[5]. Anche in Italia, a Milano, già nel 1958 ci fu un'iniziativa su questo tema. Infatti Mario Tiengo, che dirigeva i servizi di Anestesia e Rianimazione e Isacco Papo, neurochirurgo, proposero agli Istituti Clinici di Perfezionamento l'istituzione di un servizio ospedaliero per il trattamento del dolore sul modello di Seattle. La proposta però non venne accettata per mancanza di fondi e di strutture.
Solo negli anni novanta è stato avviato il progetto Internazionale "Ospedale senza Dolore", basato su principi fondanti come:

- il dolore è un problema trasversale a tutte le specialità presenti negli ospedali;
- occorre dare sollievo a ogni tipo di dolore all'interno dell' ospedale.

La cronistoria dell' iter "burocratico" si può così riassumere (fig. 1):

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1990 ha elaborato il progetto "Ospedale senza Dolore" per la realizzazione di "Ospedali per la promozione della salute".
- Il suddetto progetto ha seguito una fase sperimentale multicentrica europea, dal 1992 al 1997.
- Da ciò è derivato lo sviluppo in Italia di reti per "ospedali per la promozione della salute" e la costituzione nel 1998 di una rete lombarda.
- Nel 2001 sono state elaborate le linee guida per l' "Ospedale senza Dolore" e nel 2002 si è pubblicato un Piano Socio Sanitario Nazionale, nel quale si individuava il trattamento del dolore come obiettivo prioritario.
- Negli anni successivi medesime iniziative sono state messe a punto anche nella Regione Lombardia, che deliberò la formazione dei "Comitati Ospedale senza Dolore" (COSD) presso ogni struttura sanitaria, con un piano da attuarsi tra 11/2007 e 11/2009.

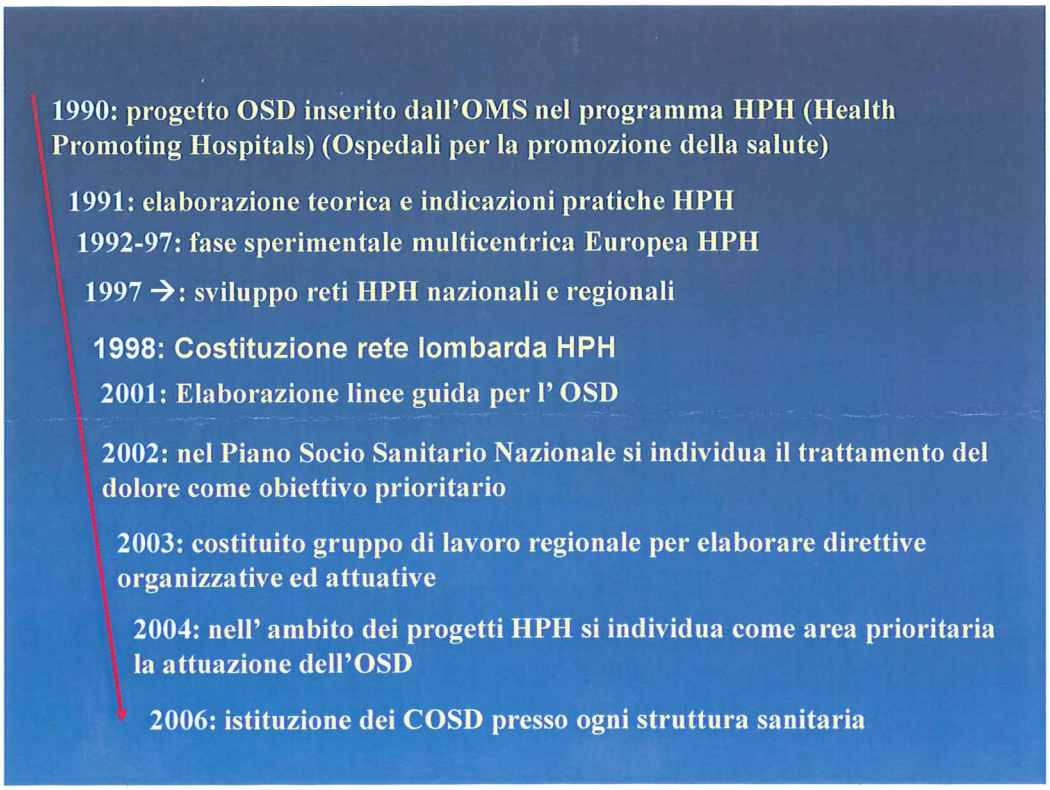

Fig. 1 : Tappe attuative della realizzazione dell'OSD

In realtà, l'iter realizzativo si é rivelato per motivi vari piuttosto complesso. Considerando che il 26% della popolazione italiana è affetta da dolore cronico, che nel nostro Paese si eseguono più di 4.000 interventi chirurgici al giorno, a cui ovviamente consegue un dolore acuto, il cosiddetto dolore postoperatorio, e che soltanto in poche strutture si attuano protocolli idonei alla eliminazione dell'evento, é chiaro che ci troviamo di fronte a un grave problema.
In questo contesto l'attività del COSD può sicuramente rappresentare un valido e promettente strumento di intervento nel concreto dei servizi sanitari, attraverso nuove iniziative clinico pratiche e la realizzazione di corsi di insegnamento, universitari e non, per diffondere la cultura della lotta al dolore inutile, acuto e cronico, per attuare interventi opportuni per la corretta rilevazione del dolore e per assicurare l'applicazione di metodiche di controllo e risoluzione dello stesso.
Gli obiettivi che il COSD in tutti i maggiori ospedali deve perseguire sono riportati in figura 2 e 3.

DDGS 23454 del 30/12/2004: raccomandazioni di riferimento per il COSD

1. Approvare e diffondere protocolli per il trattamento dolore acuto e cronico e attuare monitoraggio del consumo, di efficacia e tollerabilità
2. Dotarsi di prontuario farmaceutico con sostanze ritenute fondamentali e garantire ai curanti tali sostanze, con particolare riferimento agli oppioidi
3. Disporre di numero adeguato di presidi per la somministrazione
4. Applicazione di tecniche di neuromodulazione farmacologica continua, in particolare per trattare il dolore postoperatorio e da parto
5. Applicazione di tecniche di neuromodulazione farmacologica continua per il trattamento del dolore cronico, con la possibilità di convenzionarsi con centri algologici specialistici

Fig 2: Finalità ed obiettivi del COSD.

DDGS 23454 del 30/12/2004: raccomandazioni di riferimento per il COSD

6. Applicazione di tecniche di neurolesione antalgica per il trattamento del dolore cronico in casi selezionati, con la possibilità di convenzionarsi con centri algologici specialistici
7. Disporre di un sevizio di supporto Psicologico
8. Inserimento in programmi assistenziali di cure palliative in relazione alle potenzialità ed allo sviluppo sul territorio
9. Prevedere ed organizzare con le strutture sanitarie presenti sul territorio la continuità dei trattamenti anche domiciliarmente, garantendola comunque per almeno 3 giorni dopo la dimissione
10. Accordi interaziendali per garantire consulenze algologiche domiciliari

Fig 3: Finalità ed obiettivi del COSD.

Le tappe per la realizzazione di un progetto di tale portata consistono in una fase preliminare, in una formativa ed una informativa.
La fase preliminare consiste nei seguenti punti:

- identificazione delle procedure regionali atte a garantire il coordinamento e lo sviluppo delle linee guida;
- identificazione a livello delle aziende sanitarie del responsabile per l'applicazione delle linee guida;
- costituzione a livello aziendale di un COSD, composto da un referente della direzione sanitaria, da esperti della terapia del dolore, ove presenti, da specialisti coinvolti nel trattamento del dolore post-operatorio e dalle figure professionali abitualmente dedicate agli interventi di controllo del dolore, con particolare riferimento al personale infermieristico; il processo applicativo delle linee guida potrà essere inserito nel sistema aziendale di gestione della qualità; predisposizione di materiale informativo per gli utenti;
- identificazione e predisposizione degli strumenti di rilevazione del dolore da inserire in cartella clinica.

La fase formativa consiste nei seguenti punti:

- analisi e valutazione dei fabbisogni formativi, indagando lo stato attuale delle conoscenze sul dolore del personale curante;
- identificazione degli aspetti principali che saranno oggetto della formazione;
- coinvolgimento della dirigenza sanitaria per l'attivazione di modalità organizzative che consentano l'attuazione del programma per la misurazione e gestione del dolore;
- predisposizione di adeguati spazi nelle cartelle cliniche per l'indicazione della rilevazione del dolore;
- programmazione delle attività formative;
- verifica dell'efficacia della formazione e certificazione.

La fase informativa consiste nei seguenti punti:

- presentazione plenaria del progetto ospedale senza dolore e del COSD ai dirigenti aziendali e sviluppo di adeguati mezzi comunicativi, sotto forma di materiale illustrativo, da consegnare al paziente al suo ingresso in reparto e da distribuire capillarmente all'interno della struttura sanitaria;
- predisposizione di adeguati strumenti informativi all'interno delle strutture sanitarie (ad esempio cartellonistica), da prevedere nei punti di maggior passaggio del personale curante, presso i reparti e i servizi ambulatoriali e diagnostici, riportanti tra l'altro la scala dell'OMS di somministrazione dei farmaci analgesici (fig. 4).

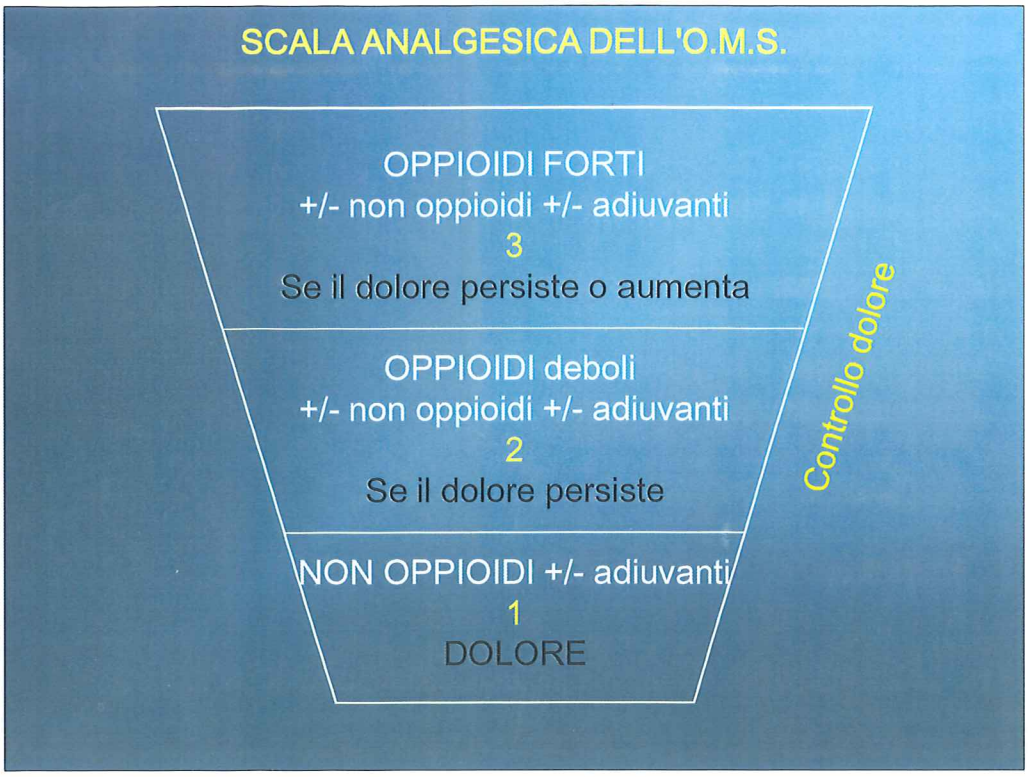

Fig. 4: Scala analgesica dell'OMS

DOLORE PERIOPERATORIO

In Ospedale la lotta al dolore trova grande campo di applicazione nel trattamento del dolore associato alle procedure chirurgiche.
Il dolore che è presente nel periodo perioperatorio nell'ambito della chirurgia in generale e in traumatologia in particolare, può manifestarsi con diverse modalità: in traumatologia compare acutamente in relazione al trauma e risulta essere più o meno intenso durante e dopo l'intervento chirurgico, mentre in chirurgia di elezione, e soprattutto in ortopedia, assume spesso caratteristiche di cronicità prima dell'intervento, mentre è di tipo prevalentemente acuto intra e postoperatoriamente.
Il corretto approccio antalgico perioperatorio è in grado quindi di determinare non solo un effetto primario, cioè quello del controllo del dolore, ma anche di prevenire tutte quelle alterazioni sull'omeostasi cardiovascolare, respiratoria, metabolica, endocrina, renale, gastrointestinale, neurologica, ecc., secondarie all'instaurarsi della stimolazione neurovegetativa conseguente al dolore stesso[6].
D'altro canto il trattamento antalgico del dolore acuto perioperatorio può comportare esso stesso degli effetti sul sistema neurovegetativo tali da influenzare negativamente l'omeostasi del paziente operato[7].
La ricerca di un adeguato bilanciamento tra effetto antalgico delle procedure, obiettivo primario, e la minore incidenza di effetti collaterali, conseguenza della efficacia della strategia intrapresa e dell'ottimale profilo di tollerabilità della stessa, mantiene sempre viva ed impegnativa la strada per attuare e migliorare il trattamento del dolore perioperatorio.
Negli Ospedali dovrà quindi essere applicata sempre più da personale sanitario (medici ed infermieri), adeguatamente e scientificamente preparato, una corretta terapia del dolore postoperatorio, in modo routinario e sistematico.

L'impatto numerico è estremamente importante perché si calcola che in Italia, come già detto, si eseguono oltre quattromila interventi al giorno e solo in pochi centri vengono attuati dei protocolli attenti alle problematiche del dolore acuto postoperatorio; ciò è dovuto fondamentalmente al fatto che non è definita appieno una figura specialistica che si prenda carico di questa situazione.
Un'adeguata formazione in questo campo deve avere un approccio multidisciplinare e risulta essere di estrema importanza.
Liberare il paziente dal dolore postoperatorio non solo ha un significato etico poiché lo toglie da una tortura, ma significa anche ridurre i rischi da patologia iatrogena che in quel momento delicato può colpirlo. Infatti il dolore postoperatorio, se non opportunamente trattato, può essere esso stesso responsabile di importante aggravamento delle condizioni del paziente.

Il medico deve essere esperto nella tecnica scelta e deve riconoscere le possibili interazioni tra farmaci ed il loro effetto sulle funzioni vitali; inoltre è fondamentale ricordare che la somministrazione di potenti analgesici o l'esecuzione di raffinati blocchi periferici senza un adeguato monitoraggio, può risultare inutile, anzi dannosa per le possibili complicanze indotte iatrogenicamente[8-9].

In generale, quindi, è necessario selezionare un regime analgesico specifico per ogni paziente, rinunciando a standardizzazioni che spesso sottostimano l'importanza del controllo del dolore sulle funzioni di ogni organo. La scelta deve sovrintendere una precisa valutazione clinica e anamnestica.

Un efficace trattamento antalgico oltretutto consente al paziente di abbreviare il periodo di degenza in ospedale, portando ad una considerevole riduzione delle spese assistenziali ed a un più rapido ed agevole reinserimento dei soggetti colpiti nella vita attiva[2].

Questo aspetto risulta essere importante in assoluto, e soprattutto per quelle procedure sempre più frequenti di chirurgia ambulatoriale o in regime di D.H. [9-10].
È pertanto prevedibile che, in un prossimo futuro, vi sarà un consistente aumento nella richiesta di personale, infermieristico e medico, esperto nel trattamento del dolore postoperatorio.

In conclusione si deve ribadire la necessità di trattare efficacemente il dolore perioperatorio e le alterazioni all'omeostasi che ne conseguono, e nel contempo valutare l'impatto di tollerabilità del trattamento antalgico, al fine di adottare le più adeguate strategie terapeutiche per il controllo del dolore e per il più rapido recupero delle funzioni dell'organismo.

Ci sembra importante sottolineare quanto tali compiti siano congeniali con la cultura e l'esperienza pratica di un medico specialista di anestesia e rianimazione
Il dolore quando smette di essere un meccanismo di difesa (campanello d'allarme), diviene di per sé causa di malattia evitabile.
La realizzazione pertanto negli Ospedali, ma anche nel territorio, di strategie per attuare la massima efficacia nel trattare il Dolore deve essere considerata una tappa fondamentale nel perseguimento dell' obiettivo "Salute" per la popolazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Bonica J.J. Biology, pathophysiology and treatment of acute pain. In : *Persistent pain. Vol.5 Lipton S., Miles J. (eds) Grune & Stratton, Orlando, pp 1-32 ; 1985*
2. Rawal N.: Acute Postoperative pain service. *Atti di "Pain in Europe" Verona 18-21 My 1995 pp 39-45*
3. Raccomandazioni SIAARTI per il trattamento del dolore postoperatorio. *©1999-2002 IAPSAR.org®*
4. NORMATIVA SULL'OSPEDALE SENZA DOLORE *GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie Generale* - n. 149 del 29-06-2001
5. Bonica JJ. Il dolore postoperatorio. *Delfino editore, Roma 1992*
6. Huang N, Cunningham F, Laurito CE, Chen C. Can we do better with postoperative pain management? *Am J Surg 2001 Nov;182 (5): 440-448*
7. Panerai AE, Tiengo MA. Le basi farmacologiche della terapia del dolore. *Ed. Ermes 2003*
8. Murauski JD, Gonzalez KR. Peripheral nerve blocks for postoperative analgesia. *AORN J 2002 Jan;75(1): 136-147*
9. Urban MK. COX-2 specific inhibitors offers improved advantages over traditional NSAIDs. *Orthopedics 2000 Jul; 23 (7 Suppl):S761-4*
10. Gordon SM, Brahim JS, Dubner R, McCullagh LM, Sang C, Dionne RA. Attenuation of pain in a randomized trial by peripheral nociceptive activity in the immediate postoperative period. *Anesth Analg 2002 Nov; 95(5):1351-7*