

"Dolore oncologico: adozione di uno strumento per la rilevazione e monitoraggio del dolore"

**A.O. San Camillo-Forlanini
U.O.S.D. Formazione Permanente e
Aggiornamento Continuo**

Roma

Marzo-Aprile-Maggio 2011



Ruolo e responsabilità dell'infermiere

Docenti:

**A.F.D. Gaetana Carpagnano
Elisabetta Del Giudice
Gaia De Laurenzi
Cesira Coratella
Eleonora Cirullo**



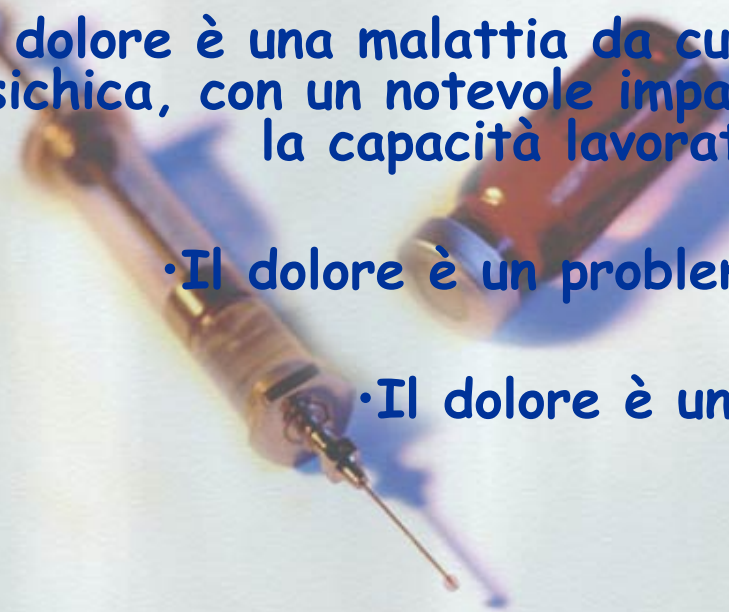
... seguivo il dolore con attenzione. Che dolore era? Chiusi gli occhi, cercai di farmene un'idea. Non assomigliava ad alcuna sensazione nota. Era un dolore nuovo, sorprendente... qualcosa di forte, determinato, inconfondibile, che non mi dava tregua neanche un attimo... sentivo che era riuscito a trovare un suo comodo posto nel mio corpo, e ci sarebbe rimasto per un certo tempo. Avvertivo il dolore come si può avvertire una lama o un proiettile conficcatisi nelle carni: una materia estranea era penetrata nei tessuti e riposava profondamente nella materia molle...

Sandor Marai, "La sorella", Adelphi



Definizione di DOLORE

- Qualunque cosa che il paziente dice che esso sia, ed esiste quando il paziente dice che esiste (Mc Caffrey 1980)
- Esperienza soggettiva sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno
- Il dolore è una malattia da curare, perché mina l'integrità fisica e psichica, con un notevole impatto negativo sulla qualità della vita, la capacità lavorativa e le relazioni sociali
- Il dolore è un problema che deriva da un bisogno
- Il dolore è un sintomo e un segno



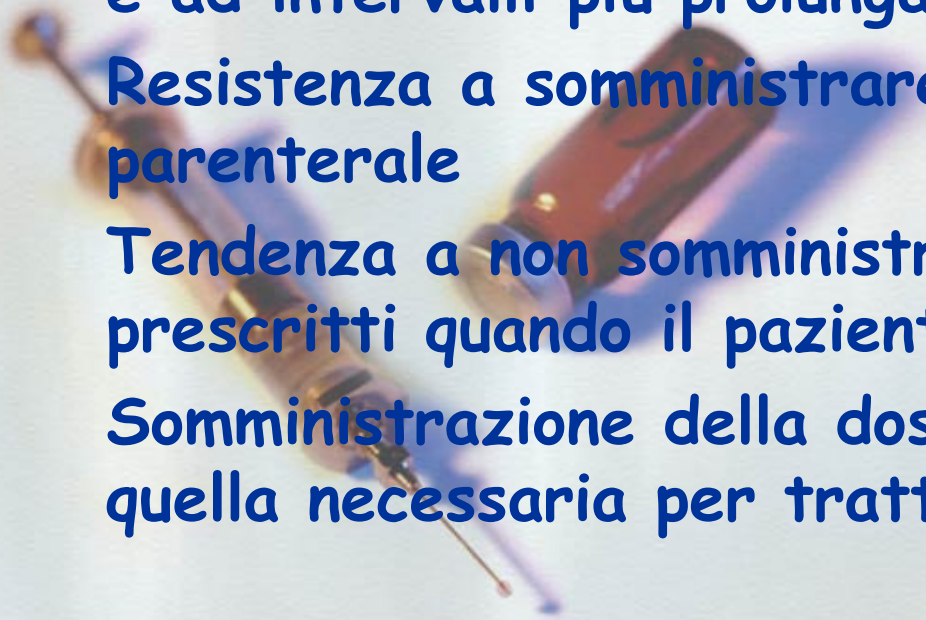
Dolore come esperienza soggettiva

L'infermiere deve prendersi carico della
persona che tollera e reagisce al dolore
in modo diverso, come anche al suo
trattamento



Atteggiamenti e Percezioni del Personale Sanitario

- Sottostima della gravità del dolore
- Sovrastima dell'efficacia degli interventi
- Definizione di obiettivi del trattamento non corretti
- Somministrazione di dosaggi più bassi degli analgesici e ad intervalli più prolungati
- Resistenza a somministrare analgesici per via parenterale
- Tendenza a non somministrare gli analgesici prescritti quando il paziente non ha dolore
- Somministrazione della dose più bassa invece di quella necessaria per trattare il dolore

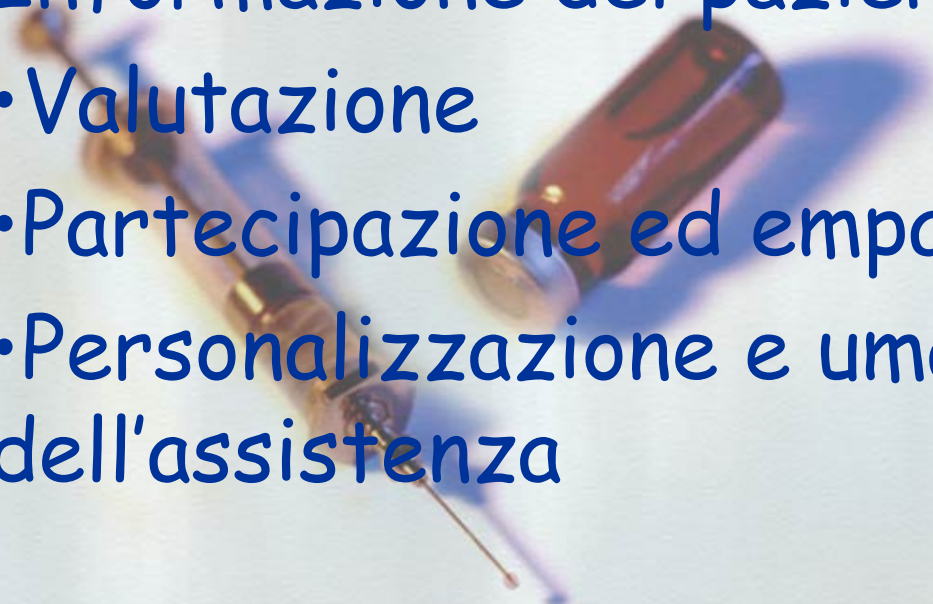


ATTENZIONE AL PROBLEMA: COME?

- Formazione adeguata
- Documentazione mirata
- Strategia terapeutica
- Informazione del paziente
- Valutazione
- Partecipazione ed empatia
- Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza

aspetto tecnico

aspetto relazionale



Formazione

Nei programmi non sono affrontati adeguatamente temi quali :

- TIPO e CAUSE del dolore,
- Differenze tra dolore ACUTO e CRONICO,
- EFFETTI di diversi FATTORI sulla PERCEZIONE ed
- ESPRESSIONE del DOLORE,
- METODI di VALUTAZIONE del DOLORE,
- FARMACOLOGIA degli analgesici e
- PRINCIPI di TRATTAMENTO

*L'infermiere ha l'obbligo di migliorare le proprie competenze,
Arricchire e aggiornare le conoscenze, dando
garanzia alla persona di cura e assistenza
efficace e mirata*

Formazione

- Linee Guida
- Implementazione protocolli
- Strumenti : schede infermieristiche.....

schede di rilevazione con scale
numeriche(VAS-IPQ-CHEOPS-
BPI)



Aumentare le proprie conoscenze
Approccio multidisciplinare



DOCUMENTAZIONE

- Tipologia di dolore
- Strategia Terapeutica
- Interventi farmacologici, invasivi, assistenziali



VALUTAZIONE DEL PROBLEMA

DOLORE FISICO


DOLORE COMUNICATO

- Tipologia di dolore
- Monitoraggio
- Azione di equipè
- Applicazione scale registrazione



PARTECIPAZIONE ED EMPATIA

- Colloquio (Dialogo)
- Coinvolgimento (emotività congruente al paziente)
- Solidarietà autentica
- Umanizzazione
- Personalizzazione



RAPPORTO EMPATICO

L'infermiere deve riconoscere ciò che è comune a tutti gli uomini, ma deve essere sensibile a ciò che li differenzia (Virginia Handerson)

STRATEGIA TERAPEUTICA

- Condivisa
- Multidisciplinare
- Personalizzata
- Interpretata secondo standards nel contesto delle norme nazionali (linee guida)

*Contatto fisico- tecniche di rilassamento-
comunicazione di sostegno- musicoterapia-
farmacoterapia- training- altro.....*

PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA COME?

Considerare il dolore come fenomeno patologico influente sul contesto sociale del paziente : *famiglia - ambiente - lavoro*

Porre attenzione al problema e valutarlo

Tenere in conto le diversità culturali -
etniche - religiose- ideologiche - di sesso
-psicologiche



RUOLO DELL'INFERMIERE



- Patto infermiere cittadino (12 MAGGIO 1996)
- Codice deontologico
- Profilo professionale (DM 739/94)
- Legge 9/3/2010

PATTO INFERMIERE CITTADINO

12 maggio 1996

lo infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:

PRESENTARMI al nostro primo incontro, spiegarti chi sono e cosa posso fare per te.

SAPERE chi sei, riconoscerti, chiamarti per nome e cognome.

FARMI CONOSCERE attraverso la divisa e il cartellino di riconoscimento.

DARTI RISPOSTE chiare e comprensibili o indirizzarti alle persone e agli organi competenti.

FORNIRTI INFORMAZIONI utili a rendere più agevole il tuo contatto con l'insieme dei servizi sanitari

GARANTIRTI le migliori condizioni igieniche e ambientali.

FAVORIRTI nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari.

RISPETTARE il tuo tempo e le tue abitudini.

AIUTARTI ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo.

INDIVIDUARE i tuoi bisogni di assistenza, dividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi

INSEGNARTI quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita.

GARANTIRTI competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali

RISPETTARE la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza.

ASCOLTARTI con attenzione e disponibilità quando hai bisogno.

STARTI VICINO quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.

PROMUOVERE e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione

SEGNALARE agli organi e figure competenti le situazioni che ti possono causare danni e disagi.

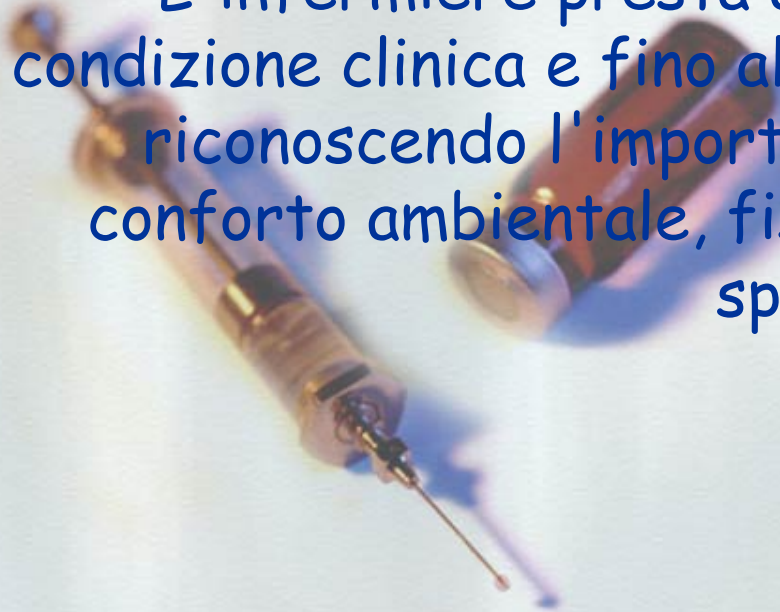
CODICE DEONTOLOGICO

• Articolo 34

L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

• Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale



PROFILO PROFESSIONALE (Decr.739 -14/9/1994)

Articolo 1

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

Cure palliative

Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità le **cure palliative** ("palliative care") si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Alcuni interventi palliativi sono applicabili anche più precocemente nel decorso della malattia, in aggiunta al trattamento oncologico.^[1]

Il termine deriva da "palliare", ovvero coprire, nascondere con un **pallio**, che nell'**antica Grecia** e nell'**antica Roma** era il telo di lana che si poggiava su una spalla e si drappeggiava intorno al corpo, sopra la tunica.

Affermano il valore della vita, considerando la morte come un evento naturale;
non prolungano né abbreviano l'esistenza del malato;
provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri sintomi;
considerano anche gli aspetti psicologici e spirituali;
offrono un sistema di supporto per aiutare il paziente a vivere il più attivamente possibile sino al decesso;
aiutano la famiglia dell'ammalato a convivere con la malattia e poi con il lutto.

LEGGE 38----- 9 MARZO 2010: una pietra miliare contro il dolore

- Una data che farà storia nel nostro paese in questo giorno il parlamento ha dato via libera alla legge sulle cure palliative e sulla terapia del dolore
- perché tutela chi soffre e garantisce un rapido ed omogeneo accesso alle terapie antalgiche e palliative
- L'Italia ha così una normativa omogenea a quella di molti altri paesi europei

Il dolore è una malattia da curare perché mina l'integrità fisica e psichica del paziente, con un notevole impatto negativo sulla qualità della vita, la capacità lavorativa e le relazioni sociali. La nuova legge sancisce proprio questo principio, culturale e scientifico al tempo stesso":

**IL DOLORE NON E' PIU' SOLO UN SINTOMO, MA UNA
PATOLOGIA DI PER SE'''**

QUALI SONO I PUNTI PRINCIPALI DELLA LEGGE?

Dal punto di vista pratico soprattutto due aspetti:

1° aspetto:

conferma del regime di **semplificazione per la prescrizione di farmaci antidolorifici a base oppioide in forma orale (cerotti, e sub-linguali)** (introdotta nel giugno 2009):

- niente più ricettari speciali
- né registri di entrata e uscita
- né obbligo di conservarli in armadi chiusi a chiave
- Questi farmaci sono diventati anche per il **S.S.N. FARMACI NORMALI PRESCRIVIBILI COME GLI ALTRI**



QUALI SONO I PUNTI PRINCIPALI DELLA LEGGE?

2° aspetto

Riguarda i professionisti ospedalieri:

avranno l'obbligo di misurare in cartella clinica *l'entità del dolore* riportando:

- *quali farmaci impiegano nella terapia,*
- *quali tecniche, e soprattutto*
- *rendere conto dell'efficacia delle cure*

IL MONITORAGGIO DEL DOLORE, POTRA' ESSERE ESEGUITO ANCHE DAGLI INFERMIERI e sarà effettuato su ogni patologia

di conseguenza:

il dolore stesso diventa in questo modo una

PATOLOGIA MISURABILE

e in quanto tale da contrastare
indipendentemente:

- dal grado di intensità
- e dalla sua causa



La terapia del dolore e le cure palliative si diffonderanno anche sul territorio?

- il Ministero ha il compito di attivare ed integrare due reti di centri specialistici:
- uno per la terapia del dolore
- uno per le cure palliative (con i medici di famiglia come primo cardine)



TERRITORIO SENZA DOLORE

In pratica cosa accadrà?

I medici entreranno in contatto con i centri specializzati nell'erogazione della terapia e delle cure palliative:

- RICEVERANNO FORMAZIONE E ASSISTENZA NELL'EROGAZIONE DELLE TERAPIE,

- ISTITUZIONE DI UN **MASTER PER LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE** (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca)



FINALMENTE.....!!

Con questa nuova legge:

-
- SIA I CITTADINI,
- SIA I MEDICI



• Portatori di nuovi diritti



TRIENNIO 2010-2012

• Campagne istituzionali di comunicazione:



Informare i cittadini sulle modalita' e criteri di accesso:

- ✓ alle prestazioni
- ✓ ai programmi di assistenza



Conclusioni

Le campagne d'informazione:

❖ promuoveranno la **CULTURA** della lotta contro il dolore,

❖ superamento dei **PREGIUDIZI** sulle terapie impiegate per contrastare questa patologia,



Conclusioni

Si stima che:

-**12 milioni** di nostri concittadini siano colpiti da dolore cronico non oncologico,.....
-**oltre 250 mila** siano gli italiani in condizioni terminali che potrebbero beneficiare delle nuove disposizioni.....

