

CORSO EDUCAZIONALE 4
GESTIONE DEL DOLORE
Di Chiara Mastroianni, Adriana Pignatelli, Chiara Taboga

IL DOLORE ONCOLOGICO

1. IL DOLORE TOTALE
2. CAUSE
3. INFLUENZA SULLA QUALITA' DI VITA
4. RESPONSABILITA' INFERMIERISTICHE NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE ONCOLOGICO CON DOLORE CRONICO
 - ❑ RESPONSABILITA' INDIPENDENTI
 - ❑ RESPONSABILITA' INTERDIPENDENTI
 - ❑ RESPONSABILITA' ETICHE
 - ❑ ASPETTI RELAZIONALI NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE CON DOLORE
5. LA VALUTAZIONE SPECIFICA E GLOBALE DEL PAZIENTE CON DOLORE
 - ❑ LA RACCOLTA DATI
 - ❑ COME INSEGNARE AD UN PAZIENTE AD UTILIZZARE LA SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE?
6. IL TRATTAMENTO DEL DOLORE
 - ❑ IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
 - ❑ LE VIE DI SOMMINISTRAZIONE
 - ❑ IL TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO
7. ALCUNI CENNI LEGISLATIVI

...il dolore... tutto quello che una persona
che lo prova dice che sia, esistendo
ogni qualvolta si affermi che esista.

M. McCaffery

1. IL DOLORE TOTALE

In ambito oncologico il malato terminale si caratterizza da qualsiasi altro tipo di paziente per lo svilupparsi e l'aggravarsi di una particolare e complessa condizione prodotta da un insieme di sofferenze strettamente interconnesse sebbene di diversa origine che è stata definita DOLORE TOTALE, insieme di DOLORE FISICO, PSICHICO, SOCIALE, E SPIRITUALE (1).

Per DOLORE FISICO si intendono tutti quei problemi che originano dal corpo causati direttamente dall'azione della malattia o indirettamente dalla terapia antineoplastica, dallo stato di cachessia, dalle necessità assistenziali connesse alla perdita di funzioni fisiche.

Il deterioramento fisico nel paziente neoplastico è più marcato di quello di altri pazienti affetti da sindromi dolorose croniche di natura non maligna, a causa della maggior gravità dei disturbi del sonno, della perdita dell'appetito, della nausea e del vomito.

Daut e Cleeland (2) hanno studiato in 667 pazienti le conseguenze specifiche del dolore da cancro sul loro livello di attività e di svago nel tempo libero, e sulle loro relazioni personali, riscontrando che aumentando il dolore, diminuiva il loro grado di attività e di godimento del tempo libero, al punto tale che il dolore di intensità variabile da moderata a grave interferiva con le attività di vita quotidiana. Nel gruppo di pazienti che intendevano il sintomo dolore come un peggioramento della malattia, per un dato livello di intensità, riportavano un maggior grado di interferenza con l'attività lavorativa con lo svago e con il sonno. Nel gruppo di pazienti che ritenevano tale sintomatologia come la conseguenza del trattamento terapeutico, si è riscontrata una percentuale maggiore di persone colpite dalle conseguenze del dolore. I pazienti meno colpiti risultavano essere coloro che ritenessero che il dolore fosse provocato da cause non direttamente correlate con la malattia primaria.

Il DOLORE PSICHICO scaturisce dalla reazione che la psiche, l'io di ciascun uomo, ha nei confronti del progredire della malattia e dell'imminenza della morte. Questa sofferenza si esprime attraverso ansia, aggressività, depressione, paura.

La soggettività dell'esperienza dolorosa che è infatti descritta come: "...un'esperienza sensoriale ed emozionale..." (3), la svincola dalla stretta dipendenza dallo stimolo che la provoca. Esso subisce un processo di alterazione ed interpretazione, in relazione all'organizzazione ideo-affettiva, e agli stili psico-comportamentali di ogni individuo, acquisendo specifiche attribuzioni soggettive e di

significato (4).

La maniera in cui gli individui si adattano alla propria malattia e ai trattamenti dipende dalla personalità, dallo stato emozionale precedente alla malattia, dai valori, dalle attività, dalle relazioni e dai precedenti e attuali eventi di vita.

I pazienti oncologici sviluppano una più intensa reazione emotiva al dolore, con sintomi quali ansia, depressione, ipocondria, somatizzazione, nevrosi, dato che gli effetti del dolore si sovrappongono alle ripercussioni emotive del cancro stesso.

Molti pazienti associano al cancro sentimenti di dolore, distruzione, menomazione e spesso di morte. Sono preoccupati non solo dell'eventuale esito fatale della loro malattia, ma anche della possibilità di andare incontro ad ulteriori sofferenze, in special modo ad un grave dolore fisico, prima che la loro vita abbia termine.

Quindi la diagnosi di cancro suscita la sensazione di trovarsi in una condizione senza via di scampo, di essere in piena balia di eventi incontrollabili che portano con se rabbia e paura per l'inevitabile separazione dalla famiglia e dagli amici, per la perdita del proprio lavoro, dei traguardi ottenuti e degli obiettivi della propria esistenza, nonché delle conseguenze che la malattia può recare ai propri cari.

I pazienti temono anche di dover dipendere dagli altri per le loro necessità, di perdere la stima in se stessi, le proprie capacità di auto controllo e le loro facoltà mentali, nonché per le eventuali mutilazioni chirurgiche.

L'interazione e il rapporto in cui si vengono a trovare l'aspetto psicologico e sensoriale dell'esperienza dolorosa è stato bene rappresentato dal modello concettuale del dolore descritto da J. D. Haddox.

Ponendo infatti su un'asse il grado della percezione dolorosa o l'intensità dello stimolo nocicettivo, e su di un altro asse l'aspetto psicologico del dolore (rappresentante la personalità del paziente, il contesto sociale degli eventi,..), è possibile notare come due pazienti possono soffrire con la stessa intensità (in quanto collocati sullo stesso arco che rappresenta il grado della sofferenza) ma hanno contributi significativi differenti alla loro esperienza dolorosa (5).

La loro sofferenza è uguale, ma il contributo che hanno dato le componenti psicologiche e sensoriali sono diverse. (Fig. 1)

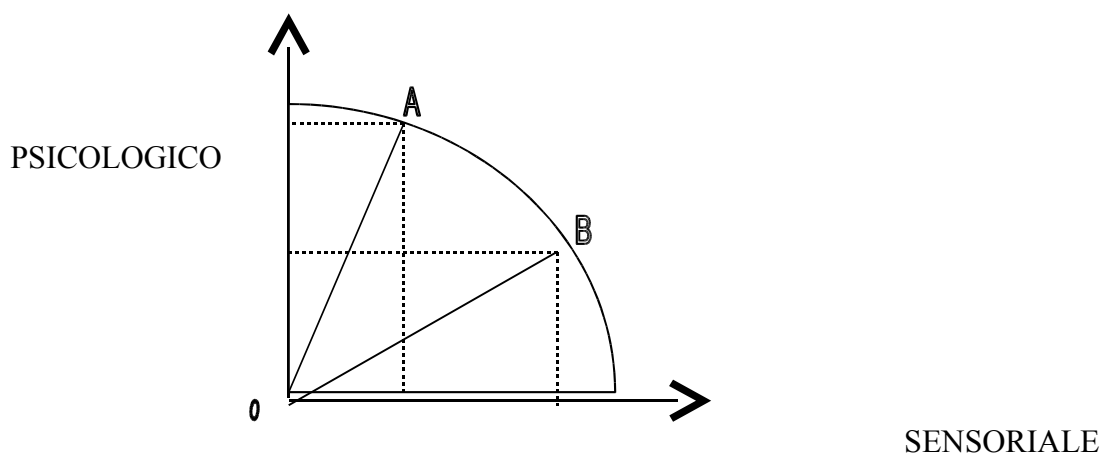


Fig. 1 – Gradi “equivalenti” di sofferenza. $AO=OB$ -

I fattori psicologici sono importanti quanto gli stimoli nocicettivi nel determinare la percezione del dolore, ma sono senz’altro più importanti nel contributo che danno alla sofferenza (5).

Il DOLORE SOCIALE, si manifesta con l’alterazione e la perdita dei ruoli che normalmente la persona ricopre. La malattia stravolge completamente tutto l’assetto familiare, lavorativo, determinando la perdita dello status sociale e del benessere economico.

Per molti pazienti il dolore diviene il punto focale attorno al quale ruota la propria vita e quella dei familiari.

Il fatto che la maggior parte dei pazienti con neoplasia in stadio avanzato debba smettere di lavorare comporta una crisi non solo economica, ma anche emotiva con sentimenti di dipendenza e di inutilità.

L’aspetto fisico e il comportamento del malato, dovuti alla sofferenza, colpiscono emotivamente la famiglia; ciò viene percepito dal paziente con il risultato che la sua condizione si aggrava ulteriormente. Alcuni malati con dolore incoercibile si scoraggiano al punto di meditare il suicidio.

La dimensione sociale viene coinvolta non solo per le modificazioni che inevitabilmente può subire a causa della patologia di cui è affetta la persona. C’è da considerare come “gli altri”, il contesto

socioculturale in cui è immerso il paziente, condizioni e influisce sulla percezione e il significato che egli può dare alla propria sofferenza.

La testimonianza di una paziente dice: ” ...E' la solitudine, il senso di angoscia che ti prende quando senti gli altri parlare DEL DOLORE e non CON IL DOLORE, parlano DEI fatti e non CON le persone...” (6).

Il paziente, in realtà, non vuole che si parli DEL dolore, ma CON il dolore, ed il dolore diventa persona, diventa tutt'uno con il paziente. Gli operatori sanitari, ma anche i familiari e gli amici, dialogheranno CON il dolore tutte le volte che riusciranno ad entrare in relazione con il paziente.

Tra i determinanti culturali che influenzano il grado e la qualità del dolore percepito, possiamo far rientrare il ruolo dell'esperienza passata e l'importanza della situazione in cui si viene a trovare. Un fenomeno del genere si osserva nei pazienti soli a domicilio che telefonano disperati per un dolore intollerabile che si ridimensiona dopo pochi minuti che l'infermiera domiciliare o il medico si recano a fargli visita. Il dolore è insopportabile quando è impossibile e difficoltoso avere aiuto, diminuisce quando è possibile lenirlo.

Fanno parte della cultura: il grado di attenzione e la suggestione che circondano l'esperienza dolore.

Se l'attenzione di una persona è focalizzata su un'esperienza potenzialmente dolorosa, essa tenderà a percepire il dolore più intensamente che in condizioni normali.

Il DOLORE SPIRITUALE deriva dalla consapevolezza di avvicinarsi alla fine, alla morte. Tutto ciò determina un profondo disagio, (più o meno presente a seconda della persona) che conduce il più delle volte alla crisi o al crollo di quei valori, sia religiosi che laici, alla base del comportamento e delle scelte di vita del malato. Ciò che predomina nel 50/70% dei pazienti nella fase avanzata della malattia, è il dolore fisico, esso stravolge l'identità materiale del soggetto e, se non sottoposto a cura, anziché rafforzarne l'animo lo rende sempre più debole rispetto alla sofferenza: come il torturato che resiste sempre meno alla tortura, perché il suo corpo, diventato ipersensibile, riconosce ogni stimolo (anche lo sfioramento) come doloroso; così è per chi soffre di dolori per

lungo tempo non curati adeguatamente giacché il suo sistema sensoriale si modifica biologicamente.

Il dizionario curato da Tamburini sulla qualità di vita, ci precisa che, oltre alle tre dimensioni fondamentali (fisica, psicologica, sociale), sono state identificate altre aree di valutazione non facilmente inquadrabili; fra queste appaiono gli aspetti spirituali.(7)

Esiste quindi una dimensione spirituale dell'esistenza umana, che definiamo come insieme delle esigenze che cercano un senso alle domande radicali della vita umana.(8)

In questo contesto emerge come il significato che si dà alla malattia condiziona la tolleranza al dolore; il dolore spirituale diviene il desiderio di riscoprire la propria identità dentro l'esperienza di una malattia terminale.

Come afferma V. Frankl, nell'uomo esistono esigenze di ogni tipo, che spingono alla propria soddisfazione, così che l'equilibrio interiore dell'uomo dipende dalla soddisfazione di queste esigenze. La sola omeostasi però non basta per una vita sana e felice; quanto più cerchiamo di produrre l'equilibrio interno degli uomini con eventi esterni, tanto più li bolliamo come semplici automi, che reagiscono o non reagiscono come macchine per la soddisfazione dei loro bisogni, senza senso e senza spirito, veramente come semplici consumatori...(9)

Ogni uomo ha dentro di sé la sua dimensione spirituale; l'uomo nella sua accezione antropologica è unità di anima e corpo, di spirito e carne...

In una condizione di sofferenza, l'uomo tende naturalmente al senso finale del suo essere nel mondo. Sono fondamentali i tre filoni su cui viene sperimentato il dolore spirituale, il passato, il presente, il futuro.

Per quanto riguarda il passato, il dolore chiede di ricordare, di dare un significato che duri nel tempo agli eventi significativi nell'ambito della propria storia, e che venga vissuto come messaggio - eredità per le generazioni successive.

Il presente rappresenta la realtà più angosciante "...E' oggi che mi trovo così, non so perché, non so fino a quando..." Emergono rabbia contro Dio, contro il personale sanitario, contro la società. Qui cresce il bisogno di capire il perché, di dare un senso alla propria sofferenza.

Il futuro è la speranza, quella che si dice sia l'ultima a morire; il con-vivere integrando nella propria vita l'esperienza del soffrire, della crisi, della morte, dando un senso capace di durare nel tempo.

Che cosa è la sofferenza? E' il dolore senza significato, senza collocazione, senza spiegazione.

Studi clinici sul dolore nel morente sostengono che il sollievo dal dolore non è unicamente correlato alla dose degli analgesici, ma piuttosto alle attitudini del malato verso il dolore.

DOLORE BUROCRATICO

L'inquadramento della sofferenza del paziente oncologico in un contesto così globale ci fornisce un dato importante sulla complessità del fenomeno patologico esaminato.

Questa serie di effetti per quanto distinti, si correlano tra loro, influenzano il dolore e sono, a loro volta, da questo influenzate, in una interdipendenza circolare.(4)

Il dolore visto quindi come sintomo multidimensionale, qualora non sia adeguatamente controllato, non solo sul versante nocicettivo, può avere un notevole impatto sulla qualità di vita, nella componenti di benessere fisico, psicologico, sociale e spirituale, con una marcata influenza sul tono dell'umore e sulla probabilità di suicidio.

2. CAUSE

Il dolore nel paziente oncologico può riconoscere le seguenti cause:

A- COINVOLGIMENTO DIRETTO DEL TUMORE(invasione dello scheletro, nervi, visceri da parte delle ripetizioni metastatiche)

B- COMPLICANZE DELLA TERAPIA ANTITUMORALE E ANTALGICA(sindromi dolorose postoperatorie, post-chemioterapia, post-radioterapia).

Il dolore postoperatorio (post-toracotomia, mastectomia) può causare una lesione parziale o una completa resezione dei nervi durante l'intervento, producendo un danno della membrana neuronale con formazione di neurinomi che diventano ipersensibili alla pressione.

Queste sindromi dolorose sono caratterizzate da una sintomatologia tipica: iperestesia e disestesia nell'area

della cicatrice chirurgica con ipoestesia nelle regioni circostanti.

Il dolore post-chemioterapia, invece, può insorgere e manifestarsi con modalità diverse a seconda del tipo e del dosaggio del farmaco chemioterapico utilizzato e a seconda delle variabili costituzionali e soggettive di ogni singola persona.

Può insorgere una neuropatia periferica dovuta agli Alcaloidi della Vinca, oppure uno pseudo reumatismo da steroidi per la caduta dei livelli ematici degli steroidi, accompagnati da astenia e malessere generalizzato che regrediscono spontaneamente insieme al dolore con il ripristino della terapia steroidea.

Frequenti sono le mucositi dovute ad alterazioni biochimiche iatrogene a carico delle membrane mucose e di altre strutture. Questo tipo di alterazioni provocano una sintomatologia dolorosa grave e urente soprattutto in prossimità delle mucose del cavo orale e delle vie aeree determinando difficoltà ad alimentarsi e perfino a comunicare verbalmente.

Il dolore post-radioterapia è causato dal processo fibrotico determinato dai raggi a carico del tessuto connettivo circostante i plessi nervosi. E' un dolore caratterizzato da una progressione crescente, grave, urente.

I raggi possono causare mielopatia e in determinate circostanze possono essere responsabili della nascita di tumori radio indotti delle guaine nervose che possono insorgere da quattro a venti anni dopo la terapia.

C- SINDROMI PARANEOPLASTICHE

Si tratta di alterazioni fisiologiche e biochimiche legate al tumore e/o associate alle malattie croniche già presenti nel paziente. Si possono riscontrare dolori concomitanti nonché un corteo sintomatologico non direttamente correlati con la lesione tumorale ma che sono comunque promossi e mantenuti dal cancro stesso.

Tra queste si riconoscono le dermatositi, le miopatie e le polimiositi, che causano dolore muscolare; l'artrite reumatoide che causa dolore articolare e muscolare.

Altre condizioni possono essere quelle causate dalle infezioni e dalle infiammazioni come si verifica con le lesioni da decubito nei pazienti allettati, o le candidosi orofaringee.

D- DISTURBI DOLOROSI NON CORRELATI AL CANCROné alla terapia quali artriti, osteoporosi, emicrania.

3. INFLUENZE SULLA QUALITA' DI VITA

I recenti progressi della medicina, hanno portato ad un notevole prolungamento della vita dei pazienti affetti da patologie importanti. Tali risultati incoraggianti hanno comportato peraltro un sostanziale passo avanti anche nella risposta data alla sofferenza del paziente malato di cancro determinando un superamento dell'obiettivo di semplice controllo del dolore, ampliandolo in un concetto più ampio che è quello del miglioramento della qualità di vita.(17) Tale miglioramento, assieme alla frequente maggiore aggressività, delle terapie porta anche in tale specialità alla necessità di considerare accanto ai parametri oggettivi anche quei parametri soggettivi che caratterizzano la qualità di vita delle persone.(18)

Sebbene il dolore oncologico è spesso considerato come una crisi che compare in uno stadio avanzato della patologia, può presentarsi per molte ragioni e causare sofferenza, perdita di controllo, compromettere la qualità di vita dei pazienti durante il progredire dell'assistenza , persino per coloro le cui condizioni sono stabili e la cui aspettativa di vita è lunga.

La sofferenza denota un esteso senso di minaccia all'auto immagine e alla vita, una crescente percezione (avvertita) di mancanza di risorse per affrontare i sintomi e i problemi causati dal cancro, un senso di smarrimento personale, e la sensazione di non riuscire a ritrovare delle motivazioni per cui sperare. Il paziente in questo stadio, polarizza la sua attenzione sul suo stato al quale né lui né altri per il momento, hanno dato una spiegazione. L'ansia iniziale diventa depressione. Il tempo non ha passato né futuro, ma soltanto un presente insopportabile e senza significato. Il suo micro ambiente quotidianamente si restringe, innescando così a sua volta, altri nuovi sintomi della sfera vegetativa e nuove disfunzioni somatiche. Quanto più il paziente si chiude in se stesso, tanto più il suo dolore diventa insopportabile e intollerabile.(10)

L'insieme delle tensioni e dei bisogni che la sofferenza e la morte fanno esplodere non solo nel malato, ma anche tra i suoi familiari, è da tener presente soprattutto in un ottica di qualità di MORTE almeno alla pari con la qualità di VITA, cioè, la necessità di vedere salvaguardata la dignità della persona durante tutte le fasi della malattia.(11)

Il dolore può produrre effetti qualitativi e quantitativi diversi in condizioni diverse, ma a volte anche del tutto simili.

Infatti in genere il dolore ferisce: è un'esperienza sensitiva (effetti qualitativi) alla quale risponde un comando, il quale anche se non è esprimibile verbalmente, si può riflettere nel suo decorso, spesso in altri segni fisici (effetti quantitativi).

4. RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICHE NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE ONCOLOGICO CON DOLORE CRONICO

“Funzione specifica dell'infermiera è di assistere l'individuo, malato o sano, ad eseguire quelle attività che contribuiscono a mantenere la salute, ottenere la guarigione (o a prepararlo ad una morte serena) atti che compirebbe da solo, senza aiuto se disponesse della forza, volontà, o delle cognizioni necessarie, e di aiutarlo a riacquistare l'indipendenza più rapidamente possibile”(12)

E' proprio risalendo a questa famosa definizione di Virginia Henderson che già emergono come campi d'azione specifici infermieristici, non solo quello preventivo, curativo, riabilitativo, ma anche quello palliativo.

Soffermandoci allora più da vicino a quella frase che nella definizione risulta collocata tra due parentesi, è possibile fare alcune riflessioni su quelle che sono le responsabilità infermieristiche proprie di questo specifico ambito.

Rifacendoci alla definizione di cure palliative, esse vengono intese come l'insieme degli interventi medici, psicologici, sociali, messi in atto nella fase terminale della malattia per il controllo e la gestione dei sintomi propri della fase; devono comprendere l'elaborazione e la preparazione, nel rispetto delle credenze del paziente, alla morte, devono tenere conto e intervenire sulle esigenze psicologiche dei familiari nei periodi di crisi e di elaborazione del lutto(11). Il confronto tra le due definizioni, (la prima prettamente infermieristica, la seconda più medica nello specifico) mette in risalto l'esplicita convergenza dei campi d'azione della due figure professionali soprattutto nei confronti del paziente malato di cancro. Le responsabilità dei due operatori vengono allora ad incontrarsi, armonicamente, unitamente, essendo principalmente indirizzate al raggiungimento di obiettivi basilari (uno 'status' di qualità di vita degno di poter condurre un essere umano verso una morte serena)

comuni. L'obiettivo primario è quello di assistere la persona a recuperare e mantenere il suo ruolo come membro della società. I programmi di trattamento usano metodi che promuovono l'integrazione delle dimensioni fisica, psicologica, sociale, spirituale della persona in relazione al dolore. (13)

La vicinanza della morte ed il precipitare delle condizioni fisiche inducono un progressivo deteriorarsi di ogni connotazione personale: l'identità corporea, il ruolo sociale, lo status economico, l'equilibrio psico-fisico, la sfera spirituale, il soddisfacimento dei bisogni primari.

E' proprio a partire da questo contesto che gli attuali approcci assistenziali sentono la necessità di spostare l'attenzione maggiormente verso la persona e i suoi bisogni, piuttosto che nei confronti della malattia stessa. Facendo emergere i bisogni del paziente oncologico il ruolo e le responsabilità infermieristiche acquistano una particolare importanza in quanto attivamente coinvolte per migliorare la qualità di vita indipendentemente dalla prognosi.

L'assistenza infermieristica nelle cure palliative, complicata dalla fragilità fisica e psicologica dell'individuo terminale, diviene più complessa in quanto si basa anche sull'utilizzo di operatori non professionali, i familiari, che oltre ad essere impegnati dal punto di vista tecnico sono coinvolti affettivamente, e quindi bisognosi essi stessi di attenzione (14). L'assistenza al malato terminale necessita di un approccio olistico che include: la comprensione del processo patologico, l'utilizzo di interventi appropriati per alleviare la sofferenza fisica, l'esplorazione "dell'unità" dell'individuo, una comprensione dei bisogni psicologici ed emozionali della persona malata, il rispetto della persona e di tutti i membri della famiglia.(15)

Di fondamentale importanza, appare, la stretta collaborazione tra le diverse figure che vengono ad operare nell'ambito nella medicina palliativa: la creazione di un'equipe multidisciplinare è il presupposto essenziale affinché una unità operativa di cure palliative possa adempiere agli obiettivi stessi che la medicina si prefigge di fronte questo tipo di malati.

Secondo il Johnson Behavioral System Model (JBSM)(16)(14), gli infermieri hanno due tipi di responsabilità quando prestano assistenza infermieristica. La più comune responsabilità della pratica infermieristica clinica consiste nell'aiutare il medico a diagnosticare e a trattare le malattie dell'uomo e pertanto a mantenere

l'equilibrio e la stabilità nel sistema biologico umano. La principale responsabilità infermieristica tuttavia consiste nel diagnosticare e trattare le risposte umane a problemi sanitari reali o potenziali e mantenere così l'equilibrio e la stabilità nel sistema comportamentale umano.

Pertanto la struttura del JBSM permette che il trattamento del dolore venga suddiviso in funzioni delle quali gli infermieri si assumono responsabilità totali o parziali.

Il ruolo dell'infermiera nella cura del dolore è allo stesso tempo indipendente e interdipendente(19).

RESPONSABILITA' INDIPENDENTI (ruolo indipendente)

Il recente cambiamento della distribuzione dell'assistenza sanitaria da un sistema centrato sul trattamento e la cura della malattia ad un sistema centrato sulla promozione della salute e la responsabilità personale, ha provveduto a diffondere una maggiore consapevolezza sul dolore come maggiore problema sanitario che può essere gestito in vari modi.

Questo cambiamento ha riposto una grande responsabilità personale sull'individuo per insegnargli come meglio autogestire il dolore e mantenere una funzionalità ottimale.(13)

Proprio in questo contesto viene messa in risalto la professione infermieristica in relazione all'importante ruolo che investe soprattutto nell'applicare una varietà di strategie gestionali (es. tecniche cognitive, comportamentali, fisiche, gestione delle medicazioni) e nell'aiutare gli individui nell'imparare ad usarle.

Secondo D. Wilkie, N. Lovejoy e coll.(14), l'infermiera è responsabile nel riconoscere quella varietà di risposte umane comportamentali che il paziente con dolore sceglie di sviluppare e mettere in atto per il controllo dello stesso. La risposta comportamentale fa parte della gestione del dolore del paziente.

A tale proposito emergono dallo studio come particolarmente efficaci, risposte comportamentali quali la postura e la distrazione. Nell'ambito degli interventi infermieristici ad esempio il comportamento posturale nel controllo del dolore, può essere incoraggiato quando l'infermiera: documenta nel piano assistenziale la posizione antalgica favorita dal paziente; insegna al paziente a spostarsi da quella posizione solamente quando è necessario; aiuta il paziente a mantenere tale posizione con cuscini e altri supporti medici.

Nel contesto ospedaliero la pianificazione ha un attuabilità diversa, in quanto gli infermieri sono disponibili 24 ore su 24 e possono monitorizzare continuamente sintomi e risposte di pazienti in trattamenti antalgici e possono determinare se una tecnica è stata applicata correttamente, se è efficace o ha bisogno di modifiche.

(13)

Nel contesto ambulatoriale e domiciliare invece, l'infermiere può essere disponibile per telefono, può valutare il problema doloroso nel paziente e può riconoscere quando è necessario sottoporli all'attenzione del medico. E' fondamentale che si riesca a instaurare una positiva alleanza tra paziente e infermiera, sia per un efficace accertamento, che spesso nei casi di dolore, è difficile e scrupoloso a causa della soggettività propria di questa esperienza, sia perchè in questo modo si può riuscire a cogliere tutti quegli aspetti riferiti dal paziente che permettono all'infermiere di accedere a quell'ampia gamma di esperienze e comportamenti unici nel loro genere.

RESPONSABILITA' INTERDIPENDENTI (ruolo interdipendente)

Considerando il dolore nella sua natura multidimensionale, esso richiede una varietà di operatori sanitari, tra i quali infermieri, medici, terapisti fisici, psicologi, e la persona che è affetta da dolore può essere aiutata solo da un sistema che funzioni attraverso un approccio olistico e collaborativo. Quindi, un altro aspetto dello specifico ruolo infermieristico nei confronti del problema dolore è quello riguardante l'interdipendenza con le altre figure professionali presenti nell'equipe che si occupa del paziente oncologico con dolore.

L'infermiera ha due obiettivi importanti che caratterizzano la professione stessa, specialmente all'interno di un'equipe multidisciplinare. Il primo prevede un contatto continuo con il paziente. E' stato già accennato che soprattutto in una realtà ospedaliera di reparto, la presenza infermieristica è l'unica garantita 24 ore su 24. Si ha la possibilità perciò di assistere il paziente all'interno di un iter continuo che permette all'operatore sanitario di non soffermarsi alla facciata che la persona malata presenta al primo impatto, ma di andare più a fondo, e garantisce una continuità di monitoraggio di tutti gli aspetti del dolore del paziente giorno e notte. Diventa determinante perciò la minuziosa documentazione dell'esperienza dolorosa del paziente a tutta l'equipe.

Il secondo obiettivo formativo è quello che mira a sviluppare un determinato profilo nell'infermiera. Idealmente prevede un contatto più diretto con la persona sofferente. La proposta di cura intesa come TO CARE racchiude

l'essenza di questo discorso. Prendersi a cuore tutta la persona, va dall'ostacolo empatico, al dialogo attento, al vero e proprio counseling fatto da persone competenti. L'azione specifica dell'assistenza infermieristica privilegia un'attenta analisi dei bisogni assistenziali individuali, come tali, maggiormente legati al vissuto personale del malato. Accanto al sapere, al saper fare, il saper essere si pone come elemento fondamentale della prassi infermieristica, che in questo si differenzia in maniera sostanziale da quella medica.

RESPONSABILITA' ETICHE

Nell'ambito della medicina palliativa, e più in particolare nell'ambito dell'assistenza al paziente con dolore, è inevitabile che l'infermiera venga investita da responsabilità di tipo etico.

Nell'esercizio della professione, si trova continuamente a prendere decisioni che riguardano altre persone.

Queste decisioni in circostanze particolari (di fronte una persona che soffre, o che sta morendo) portano l'infermiera a riflettere criticamente sulle proprie azioni, in termini di comportamenti giusti o sbagliati, di bene e di male.

L'infermiera in quanto professionista ha bisogno di giustificare eticamente le scelte e le decisioni che assume nei confronti del paziente.

L'etica infermieristica è quel particolare complesso di principi, valori, norme ed obblighi etici che orientano il comportamento del professionista infermiere trova espressione concreta in un codice deontologico che esprime i principi e i valori etici fondanti la professione infermieristica, con lo scopo di aiutare ad esplicare una professione nel modo più responsabile (20)

I valori presenti nel codice deontologico, vengono continuamente posti in gioco nella pratica infermieristica. Il rispetto della dignità della persona, il soddisfare i bisogni del paziente, la veridicità dell'informazione fornita, il valorizzare l'autonomia della persona, e il rispetto della facoltà di autodeterminazione, la collaborazione con altri nel raggiungere un risultato di salute.(20)

ASPETTI RELAZIONALI DELL'ASSISTENZA DEL PAZIENTE CON DOLORE

Nella pratica infermieristica aiutare il paziente ad affrontare la sofferenza cronica ha due versanti: uno di tipo assistenziale-sanitario, l'altro di tipo umano.

Il primo versante comporta che la relazione di assistenza fra malato e infermiera rispetti l'etica del lavoro ben fatto.

Quale dolore è lecito o doveroso trattare? E' bene ricorrere subito all'analgesico di fronte a qualunque banale doloretto? Chi stabilisce il confine tra le varie entità di dolore? L'unico orientamento generale è questo: va attuato ciò che realizza maggiormente il bene della persona e le sue capacità di essere-per-il –bene. L'obiettivo sarà quello di ridurre la sofferenza intendendola come dolore globale. L'operatore sanitario ha perciò la responsabilità professionale di agire secondo scienza e coscienza.

In questo contesto la conoscenza e la competenza nel mettere in pratica la corretta procedura di terapia del dolore, diventa un atto di giustizia nei confronti del paziente.

Non basta la scienza e la coscienza, ma bisogna far ricorso alla sapienza. Occorre, cioè riscoprire, questa importante risorsa dell'uomo che valutando con ponderatezza, serenità e fede nella vita, l'esistenza propria e quella di un altro uomo, sappia operare di conseguenza le scelte più opportune.(21)

Tali decisioni la coinvolgono nel dibattito più ampio sul diritto del malato a non soffrire inutilmente, e nel problema più specifico del corretto uso degli analgesici quando essi mettono in questione la riduzione o addirittura la soppressione dello stato di coscienza del paziente(22), separandolo dalla possibilità di partecipare responsabilmente al proprio progetto assistenziale (23).

A volte , il ricorso sistematico ai narcotici potrebbe essere sollecitato dall'ansia di alleviare il disagio delle persone vicine al malato piuttosto che da una valutazione oggettiva della sofferenza stessa del paziente. (24)

Inoltre facendo sempre riferimento alla definizione della professione infermieristica di V. Henderson, l'eticità del lavoro ben fatto, si svela anche e soprattutto in relazione al fine specifico dell'assistenza: "...Aiutare il paziente a acquistare il massimo stato di indipendenza e autonomia il più rapidamente possibile." In quest'ottica il dolore ed il suo trattamento potrebbero essere considerati come fattori che maggiormente favoriscono od ostacolano l'indipendenza del paziente.

Infatti nei pazienti con dolore sono fundamentalmente 4 i valori(qualità) umane che vengono coinvolti: l'intelligenza, l'autostima, la socialità, l'autonomia.

Il dolore è “disumanizzante”; mentre una malattia può distruggere il corpo, il dolore distrugge l’anima. Infatti quanto più il dolore è grave , tanto più oscura l’intelligenza del paziente. E nello stesso codice deontologico infermieristico questo aspetto viene messo ben in risalto. La responsabilità dell’infermiere consiste nel CURARE e PRENDERSI CURA della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della DIGNITA’ dell’individuo[...].(25)

Il dolore distrugge l’autonomia. Il paziente ha paura di compiere il più piccolo movimento. Tutte le sue scelte sono incentrate sull’alleviamento del dolore presente e sulla prevenzione di quello futuro. Sempre nel codice deontologico il valore dell’autonomia del paziente investe il ruolo di vera priorità assistenziale: Nell’agire professionale, l’infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all’AUTONOMIA e al bene dell’assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità e di svantaggio.(26)

Il dolore è umiliante distrugge ogni senso di autostima, genera sensazioni di impotenza, di dipendenza dai farmaci e dagli altri. Anche l’autostima è un valore preso in considerazione nel codice deontologico. L’infermiere ASCOLTA, INFORMA, COINVOLGE la persona e VALUTA con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all’assistito di esprimere le proprie scelte.(27)

Il coinvolgimento del malato nel piano assistenziale contribuisce a farlo sentire ancora vivo e attivo nell’affrontare la malattia.

Per questo il dolore provocato e permesso da atteggiamenti e pratiche umane diventa argomento etico. Proprio i medici e gli infermieri di fronte ad un malato con un dolore cronico ricevono spesso una frustrazione a cui segue un comportamento che tenta di sfuggire al fenomeno.(28)

La sofferenza non ha senso quando un grido d’aiuto non viene ascoltato ed accolto, quando malgrado la possibilità tecnica di agire per lenire il dolore, nulla viene fatto, o viene fatto male, quando manca qualsiasi conforto, quando uno sguardo che cerca viene lasciato cadere o evitato, quando viene negato un atteggiamento empatico nella relazione di cura. La sofferenza non ha senso quando l’uomo è lasciato solo nello smarrimento di un dolore...(29)

Nel secondo versante la relazione infermiera/paziente rientra nella situazione che l’operatore sanitario, in

quanto uomo o donna, si trova a vivere senza che esso si configuri come un dovere deontologico, ma piuttosto sociale, umano, nel quadro della solidarietà alla quale ogni essere umano è chiamato per la sua stessa natura.

In questo tipo di relazione si riescono a trasmettere volontariamente e involontariamente, messaggi di tipo prettamente umano, come la comprensione, la condivisione, la ricerca di senso, l'accettazione.

La comunicazione è un mezzo importante a disposizione sia del medico ma anche dell'infermiera ed è un processo che tanto più riesce ad essere aperto, dialettico e sincero, tanto più la dimensione personale della malattia viene a manifestarsi al suo interno.

La ricerca di senso della sofferenza così intesa si può dire che generi sofferenza sia in colui che la tenta con coraggio, il paziente, e sia seppur diversamente in colui che la condivide(29), diventando una fonte inesauribile di ricchezza.

L'esperienza della sofferenza induce ad intraprendere un dialogo interpersonale ad un livello molto più profondo di quanto normalmente accade: proprio la necessità di comunicare ciò che appare incomunicabile può spiegare e trovare risorse comunicative insospettate ed a intrecciare legami di solidarietà molto più stabilmente fondati.

(30)

Un'esperienza condivisa da molti, è quella per cui, anche nei casi di malattie terminale, una comunicazione reale e partecipata è in grado di rendere vivibile la sofferenza.(31)

La lotta contro il dolore, o se si preferisce, l'aiuto e l'assistenza all'uomo che si trova nel dolore, non può ridursi alla somministrazione di analgesici o di stupefacenti, oppure ad altri tipi di interventi esclusivamente medici, perché questi possono solo calmare temporaneamente il dolore fisico, ma non toccano la sofferenza interiore.

(32)

5. LA VALUTAZIONE GLOBALE E SPECIFICA DEL PAZIENTE CON DOLORE

L'accertamento del dolore costituisce il primo passo per comprendere in che modo lo percepisce il paziente, e rappresenta la premessa per una positiva alleanza tra il paziente e l'infermiera.(33) Il processo di accertamento, nei casi di dolore, è difficile spesso molto scrupoloso.

Infatti il "linguaggio del dolore" che pur esprimendosi nello stesso sintomo, è difficilmente

imbrigliabile in rigide e precise formulazioni o regole, tali da fornirci di volta in volta, e caso per caso, un parametro generalmente obiettivo. Infatti come ogni linguaggio è ricco di sfumature, anche se legate a condizioni ben precise, perchè esso è del tutto personale, e come tale varia da individuo a individuo, così il dolore comunica in modi diversi, avendo tuttavia come fattore comune la sofferenza fisica dell'uomo.

poiché l'esperienza del dolore è così altamente soggettiva, l'infermiere deve essere un bravo esercente l'arte dell'accertamento.(34) E "I pazienti devono essere sottoposti ad una valutazione professionale non ad un giudizio morale" (35)

Il primo gradino da compiere nella valutazione del paziente oncologico con dolore è quello della raccolta dei dati

LA RACCOLTA DATI

Il modello per la raccolta dei dati varia a seconda del contesto clinico in cui l'infermiera esercita.

Nei diversi contesti in cui l'infermiere può incontrare un paziente oncologico con dolore, ad esempio quello ospedaliero, domiciliare, o ambulatoriale, la raccolta dati diventa assai diversa proprio in relazione al diverso tipo di approccio che si riesce ad instaurare.

Qualunque sia lo scenario di lavoro, si prendono in considerazione sia dati oggettivi che soggettivi.
(34)

A molti è stato detto: "Il tuo dolore è nella testa" e "Non si può fare niente per il tuo dolore". Il difficile compito di infondere fiducia nel paziente può essere attuato in diversi modi; a tutti i pazienti si deve far sentire che la loro individualità è riconosciuta e che il loro problema non è significativo solo per loro, ma è un momento importante per il lavoro dell'operatore sanitario. (34)

La raccolta dati all'interno di un processo valutativo-assistenziale, è caratterizzata da tre tappe fondamentali: IL COLLOQUIO, L'OSSERVAZIONE, L'ESAME OBIETTIVO.

L'OSSERVAZIONE E L'ESAME OBIETTIVO

L'osservazione è la modalità che sta alla base di tutti i rapporti relazionali che instauriamo con gli altri, ed è per questo valorizzata in un contesto sanitario di valutazione del dolore.

Una buona comunicazione insieme ad una certa accortezza nell'osservare, sono importanti per un efficace gestione del paziente.

La COMUNICAZIONE NON VERBALE è il modo attraverso il quale le persone trasmettono informazioni su loro stessi agli altri tramite segnali non verbali (linguaggio del corpo).

E' importante che il personale infermieristico faccia attenzione al modo con cui i pazienti manifestano segnali per indicare che hanno dolore.

Limiti o restrizioni nei movimenti, il controllo di parti del corpo, posture anomale e cambiamenti nella statura sono dimostrazioni visive del dolore per quanto riguarda gli atteggiamenti legati al movimento.

Per quanto riguarda la vista, possono essere riscontrati, l'aumento o la diminuzione dell'ammicciamento degli occhi, le lacrime, espressioni facciali, le smorfie, la tensione dei muscoli facciali.

Tra i segni verbali, il singhiozzare, il piangere, la compromissione della fluidità della parola, i cambiamenti di tono.

Tra le emozioni più frequenti nel paziente con dolore sono presenti rabbia, tristezza, cambiamenti dell'umore. Anche la distanza fisica è indicativa della sofferenza della persona. Spesso il paziente si presenta ritirato in se stesso.

COLLOQUIO

E' un importante metodo di valutazione e gestione del paziente.

E' importante stabilire le aspettative del paziente non soltanto direttamente correlate al dolore ma indirettamente riguardo ciò che gli verrà fatto.

In questo contesto è la COMUNICAZIONE VERBALE che viene ad assumere un ruolo prioritario sia per fornire informazioni ai pazienti, sia per ottenere informazioni dal paziente.

E' importante permettere al paziente di sapere cosa gli sta succedendo in ogni momento (consenso informato), e sono sempre da considerare i diritti etici del paziente.(36)

Fanno parte di questa fase della raccolta dati sia l'intervista anamnestica del dolore sia l'esame delle caratteristiche del dolore.

-INTERVISTA ANAMNOSTICA Sebbene l'anamnesi sia uno strumento comunicativo fondamentale per il medico per arrivare ad una giusta diagnosi, acquista un ruolo di uguale importanza anche per il personale infermieristico.

Infatti oltre a fornire informazioni rilevanti sui possibili meccanismi e sulla fisiopatologia della sindrome dolorosa cronica, essa fornisce anche elementi riguardo condizioni psicologiche ed emotive del paziente.

Dal punto di vista infermieristico non interessa tanto arrivare a giungere ad una diagnosi medica, quanto piuttosto a sfruttare l'opportunità ineguagliabile di stabilire un rapporto amichevole, cortese, comprensivo con il paziente, mostrandosi visibilmente interessato al suo problema, ansioso di aiutarlo, e centrando su di lui tutta la sua attenzione.(37)

Questo tipo di pazienti sono spesso affaticati, irritabili e nervosi, così che è opportuno raccogliere l'anamnesi in privato mettendoli il più possibile a proprio agio.

Sebbene alcuni pazienti sembrino esagerare le sensazioni soggettive, si dovrebbe comunque offrire loro l'opportunità di esprimere i propri sentimenti, poiché da questi si possono ottenere importanti informazioni.

Durante la raccolta dell'anamnesi medico e infermiera hanno l'opportunità di studiare il paziente nel suo insieme, cioè, modo, atteggiamento, comportamento e risposte emotive.

Il tono della voce il portamento, la condotta, l'espressione del viso, la gesticolazione, l'irrequietezza, il ritardo e l'esitazione nel discorso, le risposte emotive alla descrizione di certi eventi o fatti circa

l'anamnesi lavorativa e coniugale, costituiscono informazioni importanti per valutare il carattere, la personalità e lo stato emotivo del paziente e devono essere annotati in dettaglio.

-CARATTERISTICHE DEL DOLORE

Nel dedurre la storia del dolore e nell'esaminare le componenti dolorose è essenziale ottenere una dettagliata descrizione della LOCALIZZAZIONE, QUALITA', INTENSITA', PERIODICITA' E DURATA DELL'ESPERIENZA REMOTA DEL DOLORE.(33)

Esistono molti gli strumenti per l'accertamento del dolore, ma questi parametri espliciti devono costituire la pietra angolare di tale valutazione in tutti i sensi.(34)

LOCALIZZAZIONE Si deve descrivere se possibile l'esatta sede del dolore. A questo proposito esistono delle schede per l'esatta localizzazione e distribuzione anatomica del dolore. In esse è presente la sagoma di una figura umana sia in proiezione frontale che dorsale. E' auspicabile che questo strumento valutativo lo compili lo stesso paziente per avere dati più accurati.(Fig. 2)

Bisogna considerare che l'accuratezza di tale localizzazione inizia a diminuire nel momento in cui il dolore cessa, pertanto è meglio ottenere queste informazioni quando il dolore è presente.

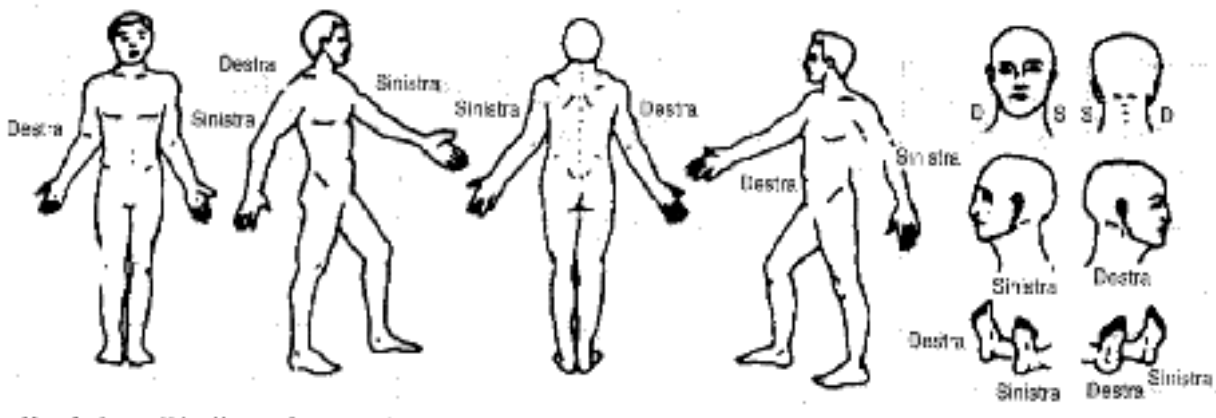


Fig. 2 – Schema corporeo per la localizzazione del dolore –

Inoltre il tipo di dolore che origina dalla cute o dalle mucose e dal sistema nervoso che innerva queste strutture, è localizzata con un errore quasi trascurabile, mentre il dolore risultante dalle strutture viscerali e somatiche può essere riferito vagamente e localizzato con difficoltà.

Il dolore con distribuzione segmentaria può essere causato da alterazione delle radici del nervo o dei nervi spinali. Può essere classificato come localizzato, proiettato(trasmesso o trasferito), o riferito con

distribuzione riflessa (simpatica), e come quello che alcuni autori definiscono come dolore “psicologico”.(vedi tab.3)

QUALITA' Le descrizioni della qualità del dolore rappresentano un altro aspetto del processo di accertamento. Esse permettono al paziente di trasmettere la sua singolare percezione del dolore.

Il soggetto deve essere incoraggiato a usare parole proprie per descrivere esaurientemente il dolore che avverte.

Solitamente i termini descrittivi utilizzati dai pazienti (Copp (38)) colgono la qualità mistica, malvagia del dolore percepito. Queste impressioni soggettive costituiscono un aspetto unico, personale dell'esperienza dolorosa e le si dovrebbe registrare in modo che siano accessibili a tutto il personale curante.(34)

TIPO DI DOLORE	LOCALIZZAZIONE	CARATTERISTICHE	ESEMPI
DOLORE LOCALIZZATO	Sede di origine No irradiazione	Iperalgesia Iperestesia cutanea Dolorabilità alla pressione	Borsite Tendinite Artrite
DOLORE RIPIETITO	Percepito come trasmesso lungo il decorso di un nervo	Distribuzione segmentaria (dermatomero) Distribuzione periferica (a seconda della sede della lesione)	Radicolopatia Herpes Zoster Nevralgia del trigemino
DOLORE RIFERITO	Struttura viscerale profonda a una regione distante entro lo stesso segmento	Iperalgesia Iperestesia (non sempre) Dolorabilità alla pressione Spasmo muscolare Disturbi autonomi	Ascesso subfrenico della spalla
DOLORE SIMPATICO LESSO	Nessun modello conosciuto	Iperalgesia Iperestesia Alterazioni trofiche e vasomotorie	Distrofie simpatiche riflesse
DOLORE PSICOLOGICO	Nesun modello neuroanatomico	Distribuzione a calza o a guanto	Dolori sparsi un po' ovunque

TAB.3 - Possibili localizzazioni delle sindromi dolorose - (37)

Per questo aspetto delle caratteristiche del dolore è utile il Mc Gill Pain Questionnaire.

Inoltre la qualità del dolore è importante perché indica se il fattore causale è superficiale o profondo.

Il dolore associato a lesioni superficiali è vivo, urente e ben localizzato, mentre il dolore causato da malattie viscerali o somatiche profonde è sordo diffuso e scarsamente localizzabile.(37)

INTENSITA' E' forse l'aspetto più difficile da valutare perché non può essere misurato con precisione(37).

Per la determinazione di questo parametro è importante avere chiara la distinzione tra:

- MISURA che è correlata all'applicazione di un determinato strumento metrico ad una specifica componente del dolore(solitamente l'intensità).
- VALUTAZIONE che implica un approccio molto più complesso e multidimensionale alle diverse componenti dell'esperienza dolorosa, includendo aspetti cognitivo- affettivi e relazionali.(39)

LA MISURAZIONE DEL DOLORE

Nella pratica clinica vengono applicate diverse scale di misurazione dell'intensità algica (Tab. 4)

- SCALE ORDINALI (Verbali o Numeriche)O DI CATEGORIA
- SCALE DI GRANDEZZA
- SCALE VISIVO-ANALOGICHE
- SCALE GRAFICHE
- SCALE CROMATICHE

Attualmente hanno ottenuto larga diffusione le così dette "Scale ordinali" o "Scale di categoria", che comprendono un certo numero di categorie corrispondenti al proprio dolore.



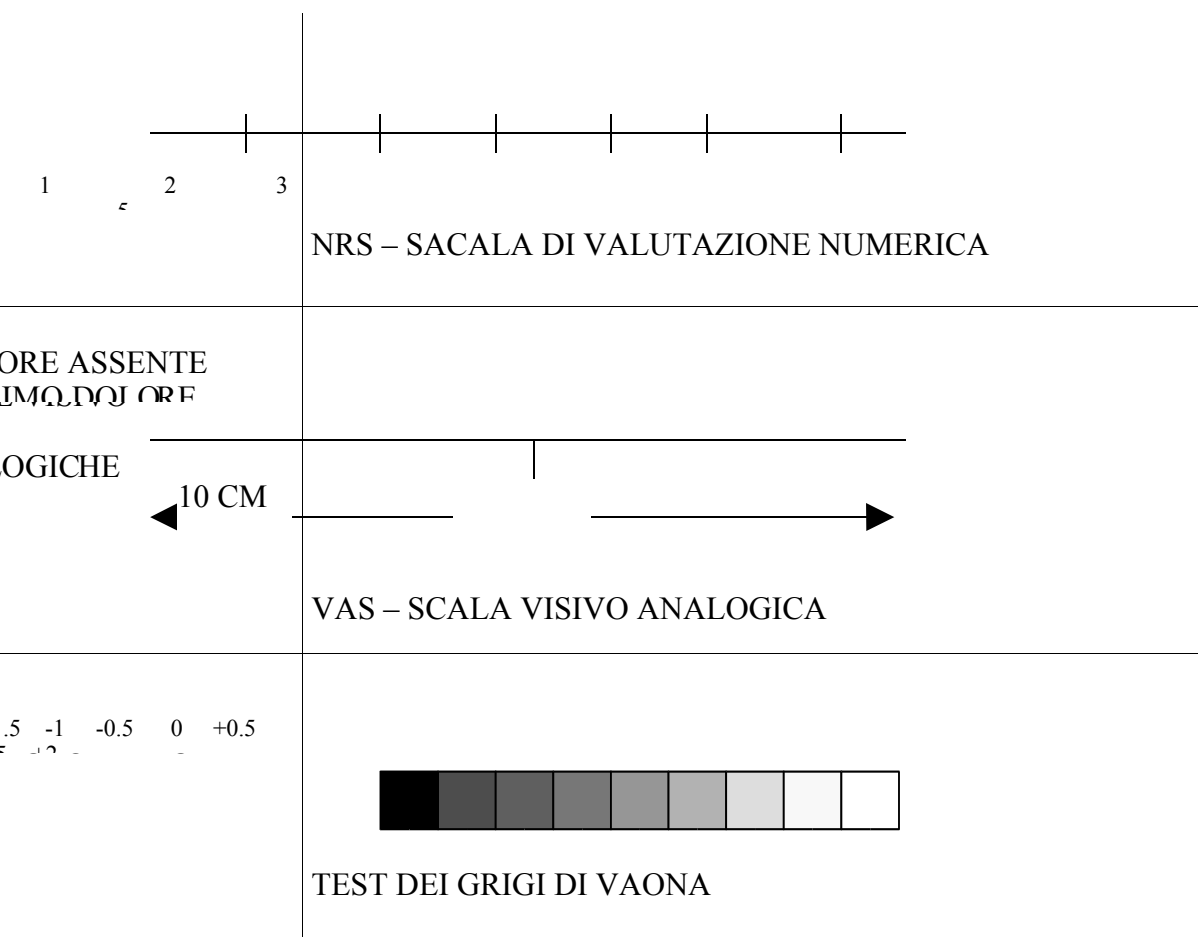


Tabella 4 – Esempi delle diverse scale di misurazione del dolore

La cosa più importante da considerare secondo l’AHCPR Guideline. È il resoconto del paziente riguardo al suo dolore ed è proprio da considerare come l’unico vero ed attendibile indicatore dell’esistenza e dell’intensità del dolore.(40)

Si possono utilizzare numerosi termini descrittivi per documentare l’intensità del dolore (v. par. 4.0 Misurazione del dolore).

E’ possibile una documentazione continua dei punteggi del dolore con le diverse scale a disposizione che forniscono un linguaggio standard per valutare le terapie antalgiche e quantificare il sollievo ottenuto, con il paziente che funge da suo proprio controllo.

Spesso l’impiego di un metodo costante di descrizione del dolore, aumenta la fiducia nei curanti e il paziente riesce a percepire in maniera tangibile il concetto di gruppo multidisciplinare in azione nel

suo stesso interesse.(34)

Secondo uno studio condotto da J.A. Paice e F.L. Cohen (41) sulla validità di tre delle scale più utilizzate (VRS, VAS, NRS), risulta la RNS uno dei più validi strumenti di misura dell'intensità del dolore nel paziente oncologico.

LA VALUTZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL DOLORE

Come già precisato, quella del dolore è un'esperienza soggettiva e multidimensionale, perciò l'infermiere o qualsiasi operatore sanitario non può fermarsi solo alla MISURAZIONE del dolore perché si lascerebbero inesplorati gli aspetti sensoriali emotivi, cognitivi e comportamentali del dolore.

Molti sono in letteratura gli strumenti multidimensionali per valutare il dolore, esistono valide schede infermieristiche specifiche da integrare nelle cartelle cliniche dei pazienti.

Ma come orientarsi, quale strumento scegliere, qual è il più completo, quale quello che può aiutarci di più nella pratica clinica?

Le linee guida da seguire sono semplici: è necessario scegliere o creare uno strumento che ci fornisca il quadro completo dell'esperienza di dolore che sta provando il paziente, che eviti domande o raccolta di dati che non servono per l'assistenza, che sia snello e che si adatti alla tipologia di pazienti che seguiamo. Lo strumento deve essere un mezzo che ci aiuti ad entrare in contatto con la persona e con il suo dolore, non deve diventare un fine. Alla base deve rimanere una concreta relazione interpersonale con la persona, l'unica che costituisce un valido punto di partenza per una corretta e utile attività assistenziale.

DURATA E PERIODICITA' Al paziente si deve chiedere se il dolore è continuo, intermittente, palpitante o caratterizzato da un'onda altalenante dell'intensità, poiché questi sono fattori rilevanti. Molte informazioni vengono fornite dalla CURVA INTENSITA'-TEMPO suggerita da Lewis (42). Tale curva rappresenta il modo con cui il dolore inizia, la rapidità del suo aumento, la durata e l'uniformità al suo apice e le modalità del suo declino (Fig. 5)

Altre informazioni dalla relazione del dolore con le ore del giorno, con le settimane, con le stagioni,

con le condizioni climatiche con le emozioni e con gli stimoli ambientali.

Il dolore può essere sperimentato in vari modi:

- Brevissimo flash nei tic dolorosi
- Pulsazioni ritmiche nelle infiammazioni o nelle emicranie
- Fasi meno ritmiche e più lunghe come avviene nelle coliche intestinali
- Nel sorgere graduale e improvviso fino al plateau che viene mantenuto per un lungo periodo senza alcuna fluttuazione prima della scomparsa come nell'angina pectoris o nelle ustioni
- Continuo ma fluttuante nell'intensità come nei dolori muscolari

Fig. 5 – Curva intensità-tempo di alcuni dolori ben noti –(5)

ESPERIENZA REMOTA DEL DOLORE Una parte importante dell'accertamento è dare l'opportunità al paziente di riferire le azioni che gli hanno apportato sollievo in passato. Tutta l'équipe e gli infermieri in particolare, devono arrivare al punto di incorporare le tecniche di analgesia utilizzate dal paziente, in un piano terapeutico globale finto che non causano nessun danno.

Copp (38) fornisce un elenco minuzioso di comportamenti auto curativi indirizzati al sollievo dal dolore, così come sono stati descritti dai pazienti. Tali comportamenti comprendono l'applicazione del calore o del freddo, il rilassamento, l'assunzione di certe posizioni, il riposo, l'attività strenua, la verbalizzazione di certe parole, la distrazione, le frizioni, il camminare a grandi passi, il mordere, lo stringere i denti, contare, la preghiera, la conversazione, l'autoipnosi, ecc...

Le risorse personali e i meccanismi con cui il paziente fronteggia la situazione devono essere rispettati e coltivati, anziché negati, in un programma finalizzato al sollievo dal dolore.(34)

COME INSEGNARE AD UN PAZIENTE AD UTILIZZARE LA SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE?

Affinchè uno strumento sia efficace, due sono le cose che devono effettuarsi prima di chiedere al paziente riguardo al suo dolore e prima di registrare il suo punteggio: L'EDUCAZIONE, LA FORMULAZIONE DI OBIETTIVI in termini di sollievo e funzionalità.

L'infermiera è responsabile nell' insegnare al paziente come usare la scala e deve avere la

dimostrazione pratica (in risposta) dell'abilità del paziente ad utilizzarla.

L'AHCPR Clinical Practice Guidelines raccomanda di aiutare il paziente a formulare obiettivi per il sollievo dal dolore allo stesso modo in cui gli si è insegnato ad usare la scala.

Gli obiettivi sono basati sul valore di intensità del dolore che permetta al paziente di compiere alcune attività di vita quotidiana e allo svolgimento di determinate funzioni.

E' possibile riassumere in 6 fasi il contenuto degli insegnamenti che il personale fornisce ai pazienti riguardo la gestione del dolore:

1. Spiegare la finalità della scala di valutazione del dolore
2. Dare spiegazioni verbali chiare e semplici sul tipo di scala di valutazione che si ha intenzione di utilizzare
3. Discutere del dolore facendo capire quanto è ampio il suo concetto. Molti pazienti pensano al dolore soltanto come sensazione severa e intollerabile. Spiegare che il dolore può essere responsabile di diversi tipi di disturbi. Può essere lieve o severo o può includere bruciore, scosse, tensione...
4. Chiedere al paziente di fornire due esempi del dolore che sta provando. Questo ci fa comprendere se il paziente ne ha capito il vero concetto.
5. Chiedere al paziente di scegliere uno dei suoi esempi per usare praticamente la scala di valutazione.
6. Il gradino finale è quello di aiutare il paziente a fissare degli obiettivi per il raggiungimento del suo benessere, del sollievo e del grado massimo di funzionalità. Cominciare chiedendo che grado di intensità del dolore può accettare e sopportare. Questo aiuta a definire un obiettivo iniziale realistico dato che il raggiungimento di un sollievo totale e completo non è spesso possibile.

I risultati degli obiettivi per un paziente terminale potrebbero essere differenti a causa dello stato fisico spesso molto compromesso dalla progressione della malattia.

E' possibile paragonare l'uso delle scale di valutazione del dolore ad un termometro. Il rilevare e il documentare la temperatura in un paziente è importante perché aiuta a determinare il corso del suo

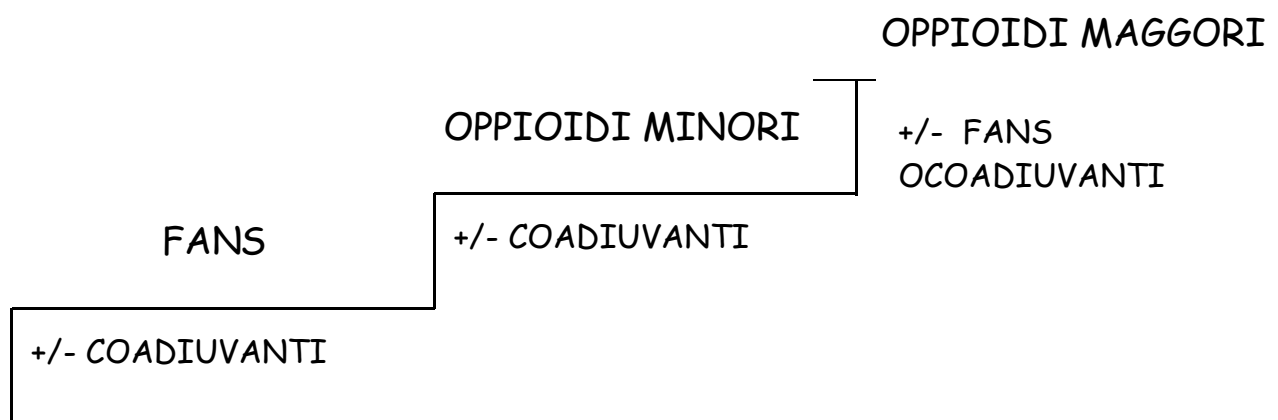
piano di cure. La valutazione del dolore deve essere vista nello stesso contesto. Proprio come, in quanto infermieri, interveniamo nel controllo di valori troppo alti di temperatura, così dobbiamo intervenire nel controllo di alti valori di intensità del dolore.

In questo senso il dolore è stato definito dall'American Pain Society come il quinto segno vitale.

6. IL TRATTAMENTO DEL DOLORE

E' stato dimostrato che la terapia farmacologica può controllare efficacemente il dolore almeno nel 90% dei casi.

Il trattamento del dolore oncologico deve essere innanzi tutto farmacologico: infatti il trattamento farmacologico è il primo e il più importante dei mezzi attualmente a nostra disposizione per il controllo del dolore neoplastico; fintanto che il paziente è in preda a dolore non è possibile instaurare una relazione interpersonale. Innanzi tutto "sedare il dolore". Attualmente per il trattamento farmacologico del dolore si seguono le linee guida dell'OMS, il modello è conosciuto con il nome di "scala analgesica a tre livelli"



FANS

CHETOPROFENE (Orudis)

PARACETAMOLO (Efferalgan, Tachipirina)

A.ACETILSALICILICO (Aspirina)
KETORALAC (Toradol, Lixidol)

DICLOFENAC (Voltaren),
NORAMIDOPIRINA (Novalgina)

PROPRIETA': Analgesici, Antiinfiammatori, Antipiretici

EFFETTI: Analgesia da "Effetto tetto"

TIPO DI DOLORE: Acuto e/o cronico - Lieve, moderato - Metastasi ossee
- infiammazioni muscolo scheletriche

EFFETTI COLLATERALI:

- Incremento secrezioni gastriche
- Allergie,
- nefrotossicità,
- diatesi emorragica

VIE DI SOMMINISTRAZIONE: s.b., os, i.m., e.v., t.d., rettale

OPPIOIDI MINORI

BUPRENORFINA (Temgesic)
PENTAZOCINA (Talwin)
TRAMADOLO (Fortradol, Contramal)
CODEINA (Codeinol)
METADONE (Eptadone)

PROPRIETA': Analgesici non antiinfiammatori

EFFETTI: Picco di circa 1 ora, durata dalle 3 alle 14 ore

TIPO DI DOLORE: Dolore cronico - moderato o medio intenso -

EFFETTI COLLATERALI: Sedazione, Nausea, Vomito, Stipsi

VIE DI SOMMINISTRAZIONE: s.b, os, i.m, e.v

OPPIOIDI MAGGIORI

MORFINA (Mscontin)
FENTANIL (Durogesic)

PROPRIETA': Analgesici non antiinfiammatori

EFFETTI: Sul SNC, apparato gastrointestinale

ATTENZIONE A:

- Intervalli di somministrazione
- Dosaggio in relazione alla via di somministrazione
- Sospensione (a dosi scalari)
- Caratteristiche del paziente

TIPO DI DOLORE: Dolore di intensità grave

EFFETTI COLLATERALI: Sedazione e sonnolenza, depressione respiratoria, assuefazione e dipendenza, nausea, vomito, stipsi

VIE DI SOMMINISTRAZIONE: os, i.m, e.v, s.c, t.d, spinale, rettale

Il diritto del paziente a ricevere un trattamento in grado di alleviare dolore e sofferenza, sancito dalla WHO, ha trovato e trova ostacoli anche nell'atteggiamento culturale e in barriere di ordine psicologico al riconoscimento di tale bisogno da parte del personale sanitario. Il deficit di conoscenze specifiche è il terreno in cui si sostanzia la riluttanza nella prescrizione di oppiacei, rinforzata anche da legislazioni restrittive, comuni a numerosi Paesi Europei.

Una terapia antalgica efficace per la gestione del dolore del paziente deve tener conto di alcuni principi generali:

- 1) Il regime analgesico dovrebbe dare sollievo al dolore del paziente ma allo stesso tempo permettere al paziente di svolgere le sue attività ad un livello ottimale.
- 2) Il regime analgesico dovrebbe essere di facile gestione e somministrazione.
- 3) Gli analgesici dovrebbero essere somministrati per via orale, se possibile, ed a orari fissi piuttosto che al bisogno.
- 4) Gli effetti collaterali dovrebbero essere anticipati e trattati vigorosamente.
- 5) Il paziente ed i familiari dovrebbero essere ben istruiti sul regime antalgico e muniti di un piano scritto che comprenda la gestione di effetti collaterali e le circostanze in cui eventualmente chiamare il medico. Il paziente dovrebbe essere rivalutato frequentemente per determinare tempestivamente la necessità di cambiare il regime antalgico.

MODI DI SOMMINISTRAZIONE

VIA ORALE Questa via di somministrazione è la preferita nei trattamenti antalgici ed è quella raccomandata dalle stesse linee guida dell'OMS. L'unico limite è che non può essere utilizzata in pazienti con deficit nella deglutizione o in pazienti sedati.

VIA SUBLINGUALE E' un'alternativa alla via orale; è caratterizzata da un più veloce assorbimento del farmaco con un conseguente effetto antalgico immediato. Non tutti i farmaci sono disponibili per via sublinguale. Il più conosciuto è la buprenorfina (Temgesic).

VIA INTRAMUSCOLARE Questo tipo di somministrazione è attualmente sconsigliato nel trattamento del dolore oncologico. Spesso i farmaci antidolorifici devono essere somministrati a intervalli di tempo ravvicinati, perciò la via intramuscolare provocherebbe un disagio e una sofferenza aggiuntiva al paziente. Inoltre spesso le condizioni fisiche scadute di questi pazienti (perdita di peso, stato di cachessia) non favoriscono la scelta di questo tipo di somministrazione. Può essere utile in occasione di dolori acuti, quando l'accesso venoso è difficile e la via orale è stata esclusa.

VIA ENDOVENOSA E' una metodica molto utilizzata nel trattamento del dolore. E' preferibile utilizzare questa via attraverso accessi venosi centrali (tipo port – a - cath) e non periferici in quanto diminuiscono i possibili rischi di infusione (fuoriuscita della canula dalla vena, stravasamento del farmaco, insorgenza di flebiti e/o ematomi nella zona di inserzione). Inoltre, ragionando nell'ottica di non provocare sofferenze aggiuntive al paziente con dolore, il posizionamento di sistemi impiantabili sin dall'inizio di terapie antitumorali garantisce al paziente un

facile accesso utilizzabile in ogni momento e durevole nel tempo. Aspettare la progressione della malattia significa rischiare di non avere più le condizioni fisiche idonee per l'impianto, quindi potremmo, aggiungere sofferenza e stati di angoscia nel paziente ogni qualvolta ci dovremmo impiegare nel reperimento di un accesso venoso periferico. I metodi attualmente più utilizzati nel controllo del dolore sono quelli che prevedono l'infusione continua di antidolorifici attraverso pompe specifiche. I pazienti ne traggono un importante vantaggio perché questi strumenti possono essere caricati con le dosi del farmaco necessarie per un minimo di 12 ore fino ad arrivare ad un massimo di 10 giorni.

VIA SOTTOCUTANEA Questa Via di somministrazione è indicata specialmente nei casi di dolore oncologico in pazienti terminali. Infatti grazie alla facilità di esecuzione e di gestione (è necessario un ago canula o un ago a farfalla da inserire nel sottocute di dimensioni di 23-25 G) permette un trattamento ottimale anche in pazienti seguiti a domicilio. I possibili rischi sono legati alla scarsa presenza di tessuto sottocutaneo tipica nei pazienti molto debilitati che provoca un diminuito assorbimento del farmaco con conseguente effetto analgesico ridotto. Possono manifestarsi anche reazioni cutanee circoscritte al punto di inserzione che si risolvono cambiando sede. La somministrazione può effettuarsi in bolo o attraverso infusioni continue ottenendo così livelli plasmatici di farmaci simili a quelli che si ottengono con la via endovenosa

VIA TRANSDERMICA Il posizionamento di un cerotto è senza dubbio la soluzione men invasiva nel controllo del dolore. Attualmente è disponibile per via transdermica il Fentanyl che grazie ad un sistema a rilascio controllato del farmaco, garantisce un effetto antalgico di circa 72 ore. Le condizioni ideali per la scelta di questa particolare via di somministrazione sono: l'integrità cutanea del paziente, l'assenza di ipersudorazione che provocherebbe il distacco del cerotto, l'assenza di reazioni allergiche soprattutto in soggetti con tessuti cutanei molto sensibili. Questo tipo di metodica ha bisogno di 15 ore per ottenere l'inizio dell'effetto antalgico desiderato.

VIA RETTALE E' una via di somministrazione poco utilizzata. Può divenire utile nella somministrazione di dosi terapeutiche di salvataggio, quando cioè non è possibile utilizzare nessuna delle altre vie sopra menzionate. E' caratterizzata da un veloce assorbimento del farmaco e quindi da un effetto antalgico quasi immediato. In letteratura è una via poco utilizzata soprattutto nel paziente terminale con dolore.

Il ruolo dell'infermiere nella scelta della via di somministrazione nel paziente con dolore è molto importante. Un'attenta valutazione e conoscenza del problema dolore e della tipologia di paziente può favorire la scelta della strategia più idonea che eviti inutili sofferenze aggiuntive e che permetta a tutta l'équipe multidisciplinare di intervenire concretamente e positivamente sul dolore di quella persona.

Inoltre rientra nelle specifiche responsabilità professionali dell'infermiere la prevenzione, che anche nel contesto del paziente con dolore diventa fondamentale in relazione agli effetti collaterali che le terapie antalgiche possono sviluppare. I più frequenti effetti collaterali di terapie antalgiche sono evidenziati negli allegati 1 2 e 3 in relazione alla tipologia di farmaci utilizzati. Una corretta preparazione professionale permette di prevenire (quando è possibile) e di gestire la sintomatologia che il paziente sviluppa come conseguenza del trattamento

del dolore; un intervento importante è quello educativo che è finalizzato alla auto responsabilizzazione del paziente e della sua famiglia in modo che essi stessi possano riconoscere e saper controllare qualsiasi effetto collaterale si sviluppi.

TECNICHE NON FARMACOLOGICHE DI CONTROLLO DEL DOLORE ONCOLOGICO

Alla terapia farmacologica possono essere affiancate una serie di Tecniche non Farmacologiche che possono aiutare la riduzione del dolore.

Effettuando una ricerca rispetto alle pubblicazioni sul trattamento non farmacologico per la gestione, il controllo e l'alleviamento del dolore cronico abbiamo cercato di valutare l'efficacia di tali interventi.

Sono stati evidenziati 34 lavori pubblicati tra il 1993 ed il 1998, tra cui 27 articoli e 7 review; i metodi trattati erano:

Terapia comportamentale

Medicine complementari

Relax

Musicoterapia

Immagine guidata

Massaggio

Tecniche di distrazione

Tecniche di stimolazione cutanea

Le tecniche complementari sembrano produrre effetti sull'individuo che promuovono i meccanismi di modulazione del dolore e riducono la percezione dello stimolo nocivo; tale struttura teorica si basa sulla "teoria del cancello" elaborata per la prima volta da Melzack e Wall nel corso degli anni '50 e perfezionata nel 1965 e nel 1982 a seguito delle scoperte rispetto alla struttura del sistema nervoso.

Tutti gli studi testimoniano una potenziale efficacia delle tecniche presentate, ma risulta difficile valutare l'influenza delle variabili psicologiche ed ambientali rispetto all'applicazione delle tecniche soprattutto per l'esiguità del campione e per la ridotta praticità degli strumenti di rilevazione dei miglioramenti.

Nel 1999 uno studio pilota su pazienti oncologici in fase terminale ha cercato di comprendere quale fosse la disposizione degli ammalati verso tali tecniche e l'eventuale efficacia: su 41 pazienti oncologici in fase terminale 31 usavano spontaneamente tecniche non farmacologiche per la gestione del dolore oltre alla terapia farmacologica.

Le tecniche più sfruttate sono risultate le tecniche di rilassamento, il massaggio e le tecniche di distrazione, ovviamente più o meno strutturate rispetto alla cultura e al grado di collaborazione dei pazienti.

I meccanismi attraverso i quali il rilassamento riduce il dolore sono in discussione, ma non è evidente alleviamento della tensione; le principali risposte fisiologiche sono: riduzione della frequenza cardiaca e

respiratoria, riduzione della pressione arteriosa e del consumo di ossigeno, attenuazione della tensione muscolare e della resistenza cutanea.

Tutti gli elementi indicano una ridotta eccitabilità del sistema nervoso simpatico dovuta ad una ridotta sensibilità degli organi terminali alla noradrenalina o ad una variazione del tasso delle catecolamine e delle endorfine.

La teoria del cancello viene usata anche per spiegare l'efficacia del massaggio sul dolore; gli effetti periferici della stimolazione tattile sono l'aumento del flusso ematico, miglioramento del tono muscolare e riduzione della tensione muscolare.

Le tecniche di distrazione possono agire sul dolore con effetti nell'area cognitiva (aumentando il controllo, la distrazione o l'attenzione) o riguardo l'affettività (migliorando l'umore ed il rilassamento e riducendo l'ansia), favorendo la produzione di endorfine e i meccanismi endogeni di riduzione del dolore.

L'applicazione delle tecniche sopra citate permette sicuramente di poter interagire con il paziente come individuo nella sua totalità, di utilizzare tutte le diverse capacità sensoriali del paziente per trasmettere informazioni che permettano di elaborare l'esperienza del dolore promuovere il rilassamento e la distrazione.

Fondamentale risulta il coinvolgimento del gruppo familiare o di persone significative nell'addestramento all'uso di tali tecniche, sfruttando così i principi di funzionamento del piccolo gruppo ed aiutare pazienti e familiari ad individuare un ulteriore bisogno d'aiuto nel fronteggiare il dolore.

LA NUOVA LEGISLAZIONE CONTRO IL DOLORE_

L'Italia, nelle statistiche dell'ONU, sull'utilizzazione della morfina per scopi terapeutici, era agli ultimi posti (89 dosi terapeutiche per milione d'abitanti nel 1997, contro i 2100 degli USA) e ciò a causa di un eccessivo timore che la somministrazione di oppioidi per lenire dolori cronici potesse portare ad uno stato di assuefazione fino alla dipendenza, oltre, naturalmente al rischio che un insieme di prescrizioni, non legate al bisogno, potesse alimentare il mercato clandestino. La macchinosità dei procedimenti rendeva particolarmente difficile il trattamento antalgico dei pazienti oncologici trattati a domicilio; in particolare la ricetta, su moduli speciali con calligrafia indelebile e con rischio di penalizzazione anche di semplici errori di scrittura, non poteva durare più di 8 giorni, malgrado la presenza, in commercio, di confezioni della durata di 10 giorni. La limitazione, oltre tutto, era in contrasto con la tendenza a spostare l'asse dell'assistenza al paziente in fase terminale dall'ospedale al territorio e a istituzioni apposite (hospices).

La ridotta disponibilità al trattamento antalgico, specie in questi pazienti, portava, sempre più spesso, alla richiesta di eutanasia e/o del suicidio assistito e questo (anche se nelle statistiche sulle motivazioni di richiesta di eutanasia nei due paesi che l'autorizzano,

l'Olanda e l'Oregon, si prendono in considerazione sia il senso di sconforto che la depressione dei pazienti terminali), ha avuto rilevanza nei confronti del Parlamento italiano che ha varato nel febbraio del 2001 le "norme per agevolare l'impiego di farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore".

La legge riguarda tutti i cittadini salvo che per il trattamento domiciliare dei tossicodipendenti da oppiacei.

Ma quali le novità essenziali?

Consegna degli stupefacenti a operatori sanitari

1. Gli stupefacenti possono essere consegnati agli operatori sanitari da parte delle farmacie se presentano una dichiarazione sottoscritta dal medico di medicina generale, di continuità assistenziale o dal medico ospedaliero che ha in cura il paziente che ne prescrive l'utilizzazione nell'assistenza domiciliare per pazienti con dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa.

Compilazione delle ricette

2. Gli stupefacenti per il trattamento del dolore in assistenza domiciliare devono essere prescritti su un ricettario non distribuito dall'Ordine dei medici e compilato in duplice copia, per due preparazioni e per una durata non superiore a trenta giorni.

Consegna e trasporto delle sostanze stupefacenti

3. I medici possono approvvigionarsi di farmaci attraverso autoricettazione e possono detenere e trasportare la quantità di stupefacenti necessaria. Anche gli infermieri, che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle USL sono autorizzati a trasportare gli stupefacenti accompagnati dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione a domicilio dei pazienti.

L'assistenza domiciliare, con questa legge viene ancor di più agevolata in quanto autorizza la consegna direttamente ai pazienti, assistiti a domicilio, dei farmaci a prescrizione "in corsia preferenziale" sempreché affetti da patologia neoplastica o degenerativa, consegna in questo caso significativa per l'infermiere di distretto o per quello ospedaliero che opera su tutto il territorio. Intanto va rilevato come il personale che opera presso strutture private (cioè non accreditate) non entra nel disposto salvo per il medico-chirurgo che come tale, quando verrà approvato il nuovo ricettario, non avrà limiti legati alla non appartenenza ad un servizio pubblico od accreditato.

Registro degli stupefacenti

4. Il registro di entrata e di uscita (obbligo di tenuta da parte delle unità operative delle aziende ospedaliere), tradizionalmente affidato alla caposala, dovrà essere "conservato" presso ogni Unità Operativa dal responsabile dell'assistenza

infermieristica per la durata di due anni dall'ultima registrazione. In effetti come è stato rilevato (50) la responsabilità della tenuta di carico e scarico nell'ordinaria gestione (mansione già prevista dal Mansionario Infermieristico ora abrogato), deve considerarsi come attinente alla configurazione dell'attività infermieristica. Certo le leggi derivano da lunghe discussioni per cui nella parte relativa al registro si attribuisce al dirigente medico, preposto all'unità operativa, la responsabilità dell'effettiva corrispondenza fra giacenza contabile e presenza reale delle sostanze stupefacenti e psicotrope. La norma va interpretata come una forma di controllo e coordinamento e non già di sovrapposizione di registrazione. Spetta poi, in ultimo, al direttore del servizio farmaceutico di compiere periodiche ispezioni per accertare la corretta tenuta dei registri di carico e scarico e di redigere un apposito verbale da trasmettere alla direzione sanitaria.

In conclusione si può affermare che la legge non cambia la terapia del dolore in quanto tale (in Italia la terapia del dolore è fra le meglio strutturate) ma apre più facilmente la porta dell'opzione dell'assistenza domiciliare antidolore e semplifica l'iter delle pratiche per la prescrizione degli stupefacenti anche se, dopo una attenta lettura, non sembra disegnarsi un ruolo chiaro ed univoco per gli operatori sanitari non medici nei confronti della terapia del dolore severo con preparati oppiacei. Adesso si spera e ci si augura che i consumi di morfina nelle terapie antidolorifiche a domicilio aumentino e si attestino su livelli paragonabili a quelli dei consumi ospedalieri.(accenno dolore burocratico)
Come ogni legge, comunque, anche questa richiede una casistica interpretativa .

BIBLIOGRAFIA

- (1) J. J. Bonica “ Il dolore: Il dolore da cancro” Vol 1°
- (2) R. L. Daut, C. S. Cleeland “ The prevalence and severity of pain in cancer” Cancer 50:1913, 1982
- (3) U. Lindblam, H. Merskey, J.M. Mumford et all..” Pain terms: a current list of with definition and notes on usage” PAIN 1986 3 suppl:s215-s221
- (4) M. Capelli “Ricerche sulla componente psicologica del dolore da cancro” Quaderni di Cure Palliative Apr/Giu 1996
- (5) S. E. Abram “ The pain clinic manual: phisicological aspects of pain”
- (6) S. Salemi, C. Limi “Dolore sociale: quale comunicazione” Quaderni di Cure Palliative, Apr/Giu 1996
- (7) S. Russo, M. Tamburini “ Dizionario dei termini più usati nella valutazione della qualità di vita in medicina” Napoli 1992:21

- (8) Suor C. De nicola " Il dolore spirituale: Quali cure" Quaderni di Cure Palliative Apr/Giu 1996
- (9) E. Lukas " Dare un senso alla sofferenza " Cittadella ed.
- (10) " Seminari sul dolore" M. Tiengo
- (11) Comitato Gigi Ghirotti "Contro il dolore; relazione finale sulla ricerca condotta per conto del centro studi del ministero della sanità" Roma 1992
- (12) Henderson V. "Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica
- (13) G. C. Davis "Nursing care continuum" NURSING OUTLOOK, January/February, 1998
- (14) D. Wilkie; N. Lovejoy; M. Dod; M. Tesler " Cancer pain control behaviours: description and correlation with pain intensity" Oncology Nursing Forum, n°15 1988
- (15) S. Caterina De Nicola " Il dolore spirituale: quale comunicazione?" Quaderni Di Cure Palliative, Aprili/Giugno 1996
- (16) "Progressi in infermieristica oncologica" L'assistenza infermieristica del Nord America, vol.12, n°4, p.1033/1034
- (17) M. Visentin, M. Partinico, L. Trentin " Il punto sulla terapia del dolore" Quaderni di Cure Palliative, Gen/Mar, n°1 anno5
- (18) P. Buda, C. Fava, e coll. " La valutazione della qualità di vita nella pratica oncologica" Quaderni di Cure Palliative, Genn/Mar n°1 , anno 5
- (19) J.J. Bonica "Il Dolore " vol. 1 p.1714/1724
- (20) S. Poplete Cavallero "Etica e bioetica nella professione infermieristica" Professioni Infermieristiche, anno 48, n°2 Aprile/Giugno 1995
- (21) S. Leone "L'approccio al dolore come problema etico" Quaderni di cure palliative Aprile/Maggio 1998
- (22) A. Cafaro, G. Cottini, "Etica Medica" Ed. Ares, Milano 1991, p. 88
- (23) M.G. De Marinis, M. Matarese, D. Tartaglini, "Il malato terminale: considerazioni etiche sull'assistenza infermieristica ai pazienti con dolore"
- (24) Pontificio consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari "Carta degli operatori sanitari" Città del vaticano 1995
- (25) Codice deontologico degli infermieri; articolo 1 punto 1.4
- (26) Codice deontologico degli infermieri; articolo 2 punto 2.6
- (27) Codice deontologico degli infermieri; articolo 4 punto 4.2
- (28) V. Ventafridda "Il dolore: attitudini e comportamenti" Quaderni di cure palliative, Aprile/Giugno 1996
- (29) L. Saita; M. I. Grosso "E' possibile dare un senso alla sofferenza?" Quaderni di cure palliative, Aprile/Giugno 1996 P. Cattorini; M. Reichlin "Quando la sofferenza ha un senso?" Quaderni di cure palliative, Aprile/Giugno 1996
- (30) P. Cattorini; M. Reichlin "Quando la sofferenza ha un senso?" Quaderni di cure palliative, Aprile/Giugno 1996
- (31) Kubler Ross "La morte e il morire" Assisi, Cittadella 1979
- (32) L. Ciccone "Salute o malattia (questioni di morale della vita fisica)" Ed. Ares, Milano 1986, p.168
- (33) M.I. Donovan "Nursing assessment of cancer pain" Semin. Oncol. Nursing 1(2): 109, 1985
- (34) J. Howard-Ruben, L. McGuire "Il ruolo dell'assistenza infermieristica nel trattamento del dolore" Il Dolore, J.J. Bonica Vol.2 cap.80
- (35) S. Graffam "Nurse response to patient in pain: an analysis and imperative for action" NURSING LEADERSHIP 2(3): 23, 1979

- (36) Dawn Carrol "pain assessment" Pain Management and Nursing Care
- (37) J.E. Faries, D.S Mills e coll. "Systematic pain records and their impact on pain control" Cancer Nursing 14(6) 306-318, 1991
- (38) L.aA. Copp "The spectrum of suffering" American Journal of Nursing,74(3):491 1974
- (39) "Compendio di semeiotica del dolore: semeiologia del dolore" parte seconda, P. Zucchi editore
- (40) C. L.Pasero "The right tool of the job" AJN Feb. 1994
- (41) J.A.Paice, F.L.Cohen "Validity of a verbally administered numeric rating scale to mesure cancer pain intensity" Cancer Nursing 20(2) 88-93 1997
- (42) T-.Lewis "Pain" New York, McMillan 1942
- (43) DeMarinis M.G., Taboga C.
Tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore
Uno studio pilota su pazienti oncologici con dolore cronico
- (44) Clinical practice guideline
Management of cancer pain
U.S.Department of Health and Human Service 1994
- (45) Cancer doesn't have to hurt
P.J.Haylock, C.P.Curtiss
- (46) The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and perception of cancer pain
A.T:Ferrel, O.J.Glick
Cancer Nursing 16(2); 93-101, 1993
- (47) Cancer pain controll behaviours: description and correlation with pain intensity
D.Wilkie et all.
Oncology Nursing Forum 15(6);723-731,1988
- (48) The therapeutic use of music for cancer related pain
S.L.Beck
Oncology Nursing Forum 18(6); 1327-1337,1991
- (49) Laughter therapy for patient with pain L.Erdmann Oncology Nursing Forum 18(6); 1359-1363, 1991
- (50) Cingolani M.: Rivista di diritto delle Professioni Sanitaria 3/4 trimestre 2000 pag. 270-275