



PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL DOLORE E DEI SINTOMI FISICI E PSICOLOGICI

PREMESSA

La Legge n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” tutela il diritto di tutti i cittadini ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, per ogni età, per ogni patologia, per ogni luogo di cura. A tal fine impegna le strutture sanitarie ad assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, senza alcuna discriminazione, per tutelare la dignità e l’autonomia del malato, promuovendo la qualità della vita fino al suo termine. Nonostante il legislatore abbia sottolineato l’importanza della realizzazione di progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale specificatamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine, e che sia stato specificatamente dimostrato quanto la sua presenza sia invalidante dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale, ancora ad oggi il dolore continua ad essere una dimensione cui non viene riservata adeguata attenzione. Per questo motivo, al fine di rafforzare ulteriormente la buona pratica in tale ambito, con la legge 38 del 2010, art.7 viene sancito l’obbligo di riportare la rilevazione del dolore all’interno della cartella clinica, la sua evoluzione durante il ricovero, nonché la tecnica antalgica ed i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi ed il risultato antalgico conseguito. E’ considerato il quinto parametro vitale.

1.SCOPO

Descrivere la procedura che consente di valutare il sintomo dolore e la modalità di rilevazione e registrazione con lo scopo di garantire uniformità e omogeneità di comportamenti da parte dell’equipe di cura, al fine di migliorare la qualità di assistenza e di vita degli ospiti.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è da applicarsi ad ogni ospite della RSA in fase di accoglienza, e ogni qual volta in cui ci sono cambiamenti delle condizioni generali della persona, oltre che nella redazione e revisione dei progetti assistenziali individuali (PAI). E’ inoltre rivolta a tutti gli utenti del Centro Diurno Integrato, dell’Assistenza Domiciliare Integrata e Unità di cure Palliative domiciliari (UCP-Dom) e nei servizi territoriali assistenziali.

3.MODALITA’OPERATIVE

A. DEFINIZIONE

“Il dolore è un’esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale” (IASP, International Association for the Study of Pain). La definizione del dolore nel 2018 è stata implementata dall’aggiunta di sei note integrative e dall’etimologia della parola dolore, utili per un migliore inquadramento:

- Il dolore è sempre un’esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.
- Il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto solo dall’attività neurosensoriale.
- Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
- Il racconto di un’esperienza come dolorosa, dovrebbe essere rispettato.

Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico.

La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l’incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore.

Rev.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione	Motivazione
		DS – Tiziana Torpilliesi	RA – Andrea Scotti	DS – Tiziana Torpilliesi	
5	23/05/2023				rinnovo

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 03
	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL DOLORE E DEI SINTOMI FISICI E PSICOLOGICI	Data 23/05/2023 Pagina 2 di 14

Il dolore può essere:

- Acuto, è direttamente correlato all' evento traumatico e quindi agisce come segnale utile che allerta di un pericolo imminente.
- Cronico, Il dolore cronico persiste a lungo e produce nel paziente un complicato insieme di cambiamenti fisici, psicologici, sociali e spirituali che possono compromettere in modo importante la sua qualità di vita e che comportano rilevanti conseguenze a livello economico-sanitario. Il dolore cronico è una malattia e non un sintomo e come tale va curato. Quando il dolore si definisce cronico? La definizione di dolore cronico è ancora dibattuta. I primi tentativi di definire il concetto di cronicità si basavano sul periodo intercorso dall'insorgere del dolore, per alcuni 3-6 mesi, per altri fino a 12 mesi; un'altra definizione fa riferimento al tempo necessario per riprendersi da un problema di salute; quindi, una malattia è cronica quando si protrae oltre il normale decorso della malattia acuta. L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP), definisce il dolore cronico come quel dolore senza evidente significato biologico che persiste oltre il normale tempo di guarigione dei tessuti (usualmente fissato a 3 mesi anche se questa definizione non è perfettamente condivisa da tutti).
- Globale, Il concetto di dolore globale, introdotto da Cecily Saunders nel 1967, si riferisce ai malati di cancro e sottolinea la multi-dimensionalità e la complessità di questo sintomo. Il dolore globale, spesso espressione di una sofferenza più ampia, destabilizza l'ammalato sia sul piano fisico, psicologico, interpersonale ed esistenziale, che sul piano sociale ed economico.

Dal punto di vista fisiopatologico può essere:

- Dolore nocicettivo: può essere viscerale o somatico e deriva più frequentemente dalla stimolazione dei recettori del dolore (es. artriti infiammatorie o traumatiche, sindromi dolorose miofasciali, ischemie tissutali). I meccanismi nocicettivi rispondono solitamente bene ai tradizionali approcci al trattamento del dolore (analgesici e trattamenti non farmacologici). –
- Dolore neuropatico: deriva da un processo fisiopatologico che coinvolge il sistema nervoso centrale e periferico (es. neuropatia diabetica, nevralgia del trigemino, sindromi dolorose post ictali centrali o talamiche, dolore da arto fantasma). Questo tipo di dolore risponde meglio agli antidepressivi triciclici, agli anticonvulsivanti, agli antiaritmici. –
- Dolore misto o non specificato: il meccanismo di generazione è misto o sconosciuto; esempi sono la cefalea ricorrente e alcune vasculiti, ed il trattamento di queste sindromi è meno prevedibile rispetto ai precedenti.

Il dolore ha diverse dimensioni:

- bio-psico-socio e spirituali e può manifestarsi con ansia, disturbi dell'umore, depressione, sentimento di solitudine, di incompletezza e d'incapacità nel controllare la situazione. Le conseguenze emotive prodotte dal dolore possono portare alla nascita di sentimenti quali: - la paura che il dolore possa divenire incontrollabile - la paura di morire - la paura di perdere l'autocontrollo mentale o fisico - la paura di perdere il proprio ruolo sociale - la paura di perdere la propria autonomia.

Le paure, gli stati d'animo, i sentimenti e il carattere stesso di una persona hanno la capacità di influenzare in modo più o meno marcato la percezione del dolore. Le reazioni tipiche individuali al dolore sono influenzate: - dall'educazione, - dal substrato culturale, - dal contesto sociale, - dalle credenze religiose.

B. VALUTAZIONE PRESA IN CARICO DELL'UTENTE CON DOLORE

La presa in carico dell'utente con dolore deve essere individualizzata e deve tenere conto del tipo di dolore, della localizzazione, della durata, dell'intensità e delle caratteristiche temporali, delle terapie concomitanti e della consapevolezza che la percezione soggettiva dell'intensità dolorosa non è proporzionale al tipo o all'estensione del danno tissutale, ma dipende dall'interazione di fattori fisici, culturali ed emozionali e di tutte le componenti della sofferenza, sia a livello fisico, psicologico, sociale e spirituale. Deve comprendere l'anamnesi multidimensionale (dalla raccolta dati, all'esame obiettivo, all'eventuale richiesta o visione di esami strumentali), la valutazione tramite strumenti appropriati (scale validate), la definizione di obiettivi pertinenti, realistici e raggiungibili, se possibile a breve termine condivisi con l'interessato, la pianificazione degli interventi con la collaborazione del paziente e di tutte le figure coinvolte nella situazione di cura, e la rivalutazione di quanto attuato per verificare il raggiungimento o meno degli obiettivi posti



B.1 RILEVAZIONE DEL DOLORE

Le scale di valutazione utilizzate all'interno della struttura sono:

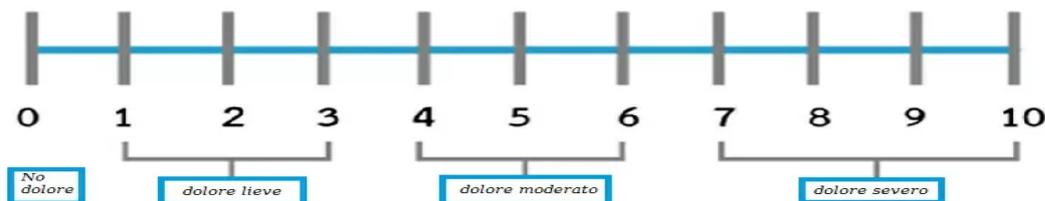
NRS Si tratta di una scala di tipo unidimensionale, ovvero che va a considerare soltanto il dolore e nessun altro fattore. Consiste in una scala numerica da 0 a 10 dove:

Il valore 0 indica dolore assente.

Il valore 10 indica dolore massimo.

I valori tra 1 e 9 compresi indicano una ingravescente presenza di dolore

Anche i soggetti affetti da demenza di grado lieve o moderato (MMSE ≥ 15) possono essere valutati mediante questa scala.



PAINAD Pain Assessment IN Advanced Dementia) è una scala multidimensionale per la valutazione del dolore.

Essa è stata ideata ed utilizzata per i pazienti non collaboranti con un importante deterioramento cognitivo. La scala Painad prende in considerazione i seguenti 5 parametri fondamentali, così declinati:

Respirazione:

- nel caso in cui essa sia normale gli viene attribuito un valore 0,
- se presenta breve iperventilazione o respiro a tratti alterato gli viene attribuito il valore 1,
- in caso di iperventilazione o respiri patologici gli viene attribuito il valore 2

Vocalizzazione:

- nel caso in cui essa sia assente gli viene attribuito un valore 0
- se sono presenti espressioni negative o lamenti occasionali gli viene attribuito il valore 1
- nel caso in cui siano presenti pianti, lamenti o ripetuti richiami gli viene attribuito il valore 2

Espressione del volto:

- nel caso in cui non ci siano espressioni del volto o il paziente sia sorridente gli viene attribuito un valore 0
- se il volto sia contratto o esprime ansia o tristezza gli viene attribuito il valore 1

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 03
	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL DOLORE E DEI SINTOMI FISICI E PSICOLOGICI	Data 23/05/2023 Pagina 4 di 14

- nel caso in cui siano presenti delle smorfie gli viene attribuito il valore 2

Linguaggio del corpo:

- nel caso in cui sia rilassato gli viene attribuito un valore 0
- se il corpo si presenta teso o sono presenti movimenti irrequieti e nervosi gli viene attribuito il valore 1
- in caso di agitazione, rigidità, ginocchia piegate, movimenti a scatti e afinalistici gli viene attribuito il valore 2

Consolazione:

- se il paziente non necessita di consolazione allora gli viene attribuito un valore 0
- nel caso in cui il paziente risulta distraibile o consolabile dalla voce o dal tocco gli viene attribuito il valore 1
- se il paziente risulta inconsolabile, non distraibile e nemmeno rassicurabile allora gli viene attribuito il valore 2

Dopo aver valutato e monitorato i 5 item precedentemente elencati, si esegue la somma dei vari valori ottenuti. Il punteggio varia da 0 a 10 e deve essere interpretato nel seguente modo:

- Assenza di dolore: punteggio 0
- lieve dolore: punteggio da 1 a 3
- moderato dolore: punteggio da 4 a 6
- dolore severo: punteggio da 7 a 10

In caso di difficoltà a somministrare la scala verbale o in Ospiti con MMSE < 15 si utilizza la PAINAD

Tutti gli operatori quando rilevano dolore es. durante i trattamenti, l'igiene, laboratori, di natura non nota, ecc.. devono e possono somministrare le scale di valutazione NRS e/o Painad. Nel momento in cui le scale evidenzino dolore da trattare va segnalato subito all'infermiere che in autonomia e/o con il medico di struttura valuteranno la condizione clinica ed attueranno interventi del caso. Sia che sia significativa o meno è sempre opportuno informare l'infermiere. L'operatore che ha somministrato la scala dovrà registrare il dato sul FASAS elettronico e nel proprio diario evidenziando la casella corrispondente al valore individuato, indicando sempre la data l'ora, la sede, il tipo dolore (se presente solo durante il trattamento fisioterapico, ginnastica di gruppo, movimentazione, deambulazione, ecc.) e il trattamento attuato (se di natura farmacologica la registrazione sarà a carico dell'infermiere o del medico).

Il dolore dovrebbe essere trattato se:

Livello di dolore pari o > a 4 scala NRS/PAINAD

In RSA o in CDI in caso di dolore rilevato all'ingresso oppure in caso di sintomatologia dolorosa insorta durante la degenza dell'ospite in RSA, l'infermiere esegue una prima rilevazione e in caso di dolore superiore a 4 NRS/ PAINAD procede nei seguenti modi:

- Se nelle terapie condizionate dell'Ospite è previsto un trattamento antidolorifico, procedere con la somministrazione;
- Altrimenti informare il medico che provvederà ad una valutazione clinica analizzando l'intensità, frequenza di insorgenza, periodi di insorgenza, l'irradiazione. Il medico provvede alla prescrizione della terapia antalgica sulla base delle linee guida in uso. Il monitoraggio del dolore continua fino alla risoluzione della sintomatologia.

All'infermiere spetta la responsabilità della corretta somministrazione per via orale, transdermica o transmucosa; endovenosa, intramuscolare o sottocutanea della terapia prescritta, e generalmente il controllo post. Nel caso in cui,



dopo il farmaco antalgico, il dolore non sia ridotto, si avvisa il medico che procederà ad una nuova valutazione ed eventuale prescrizione farmacologica. I fisioterapisti, in caso di dolore insorto durante le manovre di fisioterapia, devono informare l'infermiere che provvederà o a somministrare la terapia condizionata o ad informare il medico. (...) Nel caso in cui, dopo il farmaco antalgico, il dolore non sia ridotto si avvisa il medico che procederà ad una nuova valutazione ed eventuale prescrizione farmacologica.

ADI / RSA aperta In caso di dolore rilevato al momento della presa in carico di un paziente a domicilio oppure in caso di sintomatologia dolorosa insorta durante gli interventi domiciliari, il professionista esegue una prima rilevazione e in caso di dolore superiore a 4 in NRS o superiore a 5 in PAINAD procede nei seguenti modi:

- Ne dà evidenza in PI e PAI, sia nei bisogni, che negli obiettivi, che negli interventi e nei risultati attesi
- Informa il medico di medicina generale (MMG) e traccia tutto in diario del FASAS
- Somministra la scala del dolore fino a quando il valore non si è normalizzato, e avvisa nuovamente il MMG
- Informa i familiari di verificare la corretta somministrazione della terapia eventualmente prescritta dal MMG
- Al momento della prima rilevazione del dolore informa il paziente sulla necessità di avvisare precocemente i familiari e/o i sanitari in quanto un dolore di lieve entità risulta più facilmente trattabile

C. COME GESTIRE UN UTENTE CON DOLORE

La presa in carico di utente con dolore deve avvenire da parte di tutta l'equipe socio-sanitaria assistenziale che si occupa di lui. Il sintomo dolore ha effetti su tutta la persona e conseguentemente sulle sue abilità e capacità.

Interventi assistenziali volti ad occuparsi dell'utente. La figura di riferimento è l'infermiere che con il supporto e la collaborazione attiva di tutte le altre figure professionali, provvede o provvedono ad:

- identificare con l'utente i fattori che scatenano o peggiorano il dolore al fine di ridurre i momenti di sofferenza con la somministrazione anticipata di dosi supplementari (p.e. al cambio della medicazione, prima della mobilizzazione, ...)
- identificare i fattori che alleviano i dolori: p.e. impacchi freddi o caldi, massaggi, riposizionamento se malato allettato, esercizi fisici.
- diminuire tutto quello che produce dolori, come:
 - adattare il proprio ritmo a quello del malato;
 - avvicinarlo a tutto quello di cui ha bisogno;
 - aiutarlo a trovare una buona posizione a letto;
 - imbottire con un cuscino sedie o poltrone;
 - cambiando una medicazione (evitare possibilmente cerotti e bagnare la medicazione se non si stacca spontaneamente, usare ev. anestetici locali).
- spesso i rumori danno fastidio, favorire dunque un ambiente calmo.
- valutare con lui le attività che lo distraggono.
- permettergli di esprimere i suoi sentimenti d'impotenza, di ansia, di rabbia, di paura o di angoscia.
- incoraggiare l'utente ed i famigliari ad esternare le proprie paure, i propri dubbi o preconcetti riguardanti la malattia, il dolore ed il suo trattamento.
- accogliere i bisogni psicologici, sociali e spirituali dell'utente e della famiglia, valutando la necessità del coinvolgimento di altre figure professionali specifiche (psicologa, referente del culto religioso, ecc) - rispettare il silenzio del malato i suoi desideri e le sue scelte di cura.

Altra funzione molto importante è quella di insegnare, informare e se necessario consigliare l'utente e la famiglia: ▀ dando delle spiegazioni chiare, con parole semplici, riguardo le possibili cause dei dolori; ▀ spiegando perché, come e quando deve prendere i medicinali ed informandolo che vi sono a disposizione dei medicinali di riserva (al bisogno) qualora la terapia di base non bastasse; ▀ informare il paziente sui principali effetti secondari delle terapie, insegnando cosa è possibile fare per controllarli (da parte sua), anche con l'introduzione di ulteriori farmaci per prevenirli. ▀ identificando insieme la via di somministrazione che più si addice ai suoi desideri e alle sue possibilità. ▀ coinvolgendo possibilmente i familiari, informarli ed ascoltarli.

Tutti gli interventi sopra devono essere condivisi ed insegnati ai familiari ancor più se si tratta di utenti a gestione domiciliare

Interventi non farmacologici Se possibile, occorre considerare il trattamento di ansia e depressione, frequentemente associate a dolore cronico, utilizzando consulenze specialistiche. L'attività fisica è quasi sempre raccomandabile, sia nel senso di attività motorie vere e proprie, che di terapia occupazionale. Anche approcci di tipo cognitivo e comportamentale possono avere successo. Infine, modalità alternative (es, uso di caldo o di freddo, massaggi) spesso offrono sollievo temporaneo, e possono essere usate come terapia aggiuntiva.

Interventi farmacologici Principi di terapia

- Informare l'utente sul suo dolore e sulle terapie e d incoraggiarlo ad avere un ruolo attivo nei trattamenti;
- Prevenire l'insorgenza del dolore, considerando l'emivita, la biodisponibilità e la durata di azione dei farmaci utilizzati.



- Prescrivere una via semplice di somministrazione, facile da gestire anche per lui e la famiglia (utenti ADI/CDI). La via orale dovrebbe essere considerata come prima scelta.
- Individualizzare la dose, il tipo di farmaco e la via di somministrazione in accordo con i bisogni del singolo utente.
- Considerare una via alternativa di somministrazione quando la via orale non è più possibile (per es. a causa di vomito, ostruzione intestinale, severa disfagia, o in presenza di dolore mal controllato che richiede una rapida escalation di dose).
- Prevenire e trattare i possibili effetti collaterali. E' fondamentale informare il malato circa le possibili cause di dolore e circa le diverse possibilità di trattamento, sia in termini di efficacia che di effetti collaterali. Nel momento in cui si ritiene necessario il ricorso ad oppiacei, è importante condividere con lui e la famiglia, eventuali paure verso l'assunzione di tali farmaci. L'informazione corretta e coinvolgimento del malato/famiglia nella gestione del sintomo migliora la comunicazione e ha un effetto benefico sull'esperienza del dolore.

C.1 TERAPIA FARMACOLOGICA

Nella scelta della strategia farmacologica più appropriata è necessario far riferimento a delle regole pratiche che costituiscono un vero e proprio decalogo : – scegliere l'analgescico più indicato iniziando sempre con i farmaci più maneggevoli – prescrivere la dose appropriata iniziando con la dose minima efficace – scegliere la via di somministrazione meno invasiva iniziando sempre per os – somministrare il farmaco ad intervalli opportuni e regolari – prevenire il dolore persistente e trattare quello intercorrente – aumentare il dosaggio se necessario – prevenire e trattare gli eventuali effetti collaterali – utilizzare farmaci adiuvanti in aggiunta alla terapia analgesica – rivalutare costantemente l'efficacia della terapia. L'OMS ha stabilito un approccio graduale partendo dai FANS (1° Livello), passando successivamente a oppioidi deboli (2° Livello) ed infine a oppioidi forti (3° Livello).

1° Livello Paracetamolo e/o FANS sono efficaci nel trattamento del dolore lieve.

I FANS (farmaci anti-infiammatori non steroidei) sono maneggevoli, economici e facilmente disponibili, agiscono prevalentemente attraverso la diminuzione della concentrazione delle prostaglandine. Sono quindi particolarmente efficaci dove quest'ultime hanno un ruolo preponderante nella genesi del dolore, come in stati infiammatori, dolori ossei, ecc.

Il paracetamolo ha blando effetto antinfiammatorio.

Non ci sono prove a sostegno di una maggiore efficacia di un FANS rispetto a ad un altro. È importante monitorare periodicamente la terapia con FANS dato il rischio di effetti collaterali quali sanguinamento gastrointestinale, disfunzione piastrinica e insufficienza renale.

I COX-2 inibitori selettivi possono aumentare il rischio trombotico cardiovascolare e non offrono protezione da insufficienza renale.

2° livello

Per il dolore da lieve a moderato, oppioidi deboli come la codeina, il tramadolo. Sono utilizzati in associazione a farmaci di primo livello (es. paracetamolo) o ad adiuvanti.

Una recente revisione sistematica della letteratura mostra che l'aggiunta di un FANS ad un oppioide può migliorare l'analgesia e ridurre il fabbisogno del farmaco del terzo scalino

3° livello

Indicati per tutti i malati neoplastici con dolore di grado moderato-severo e per malati con dolore globale (terminali non oncologici).

La morfina è ritenuta il farmaco di scelta, ma può essere necessario l'uso sequenziale dei diversi oppioidi.

All'inizio, è preferibile scegliere la somministrazione orale o sublinguale, ma alcune sostanze sono disponibili anche in preparazioni rettali. Il rilascio transdermico, oggi limitato al Fentanyl, dovrebbe essere riservato ai pazienti stabilizzati con oppiacei per via orale. L'utilizzo per via endovenosa è necessario solo in caso di incapacità a deglutire o per la comparsa di effetti collaterali intrattabili, mentre la somministrazione intramuscolare deve essere evitata per reazioni dolorose locali. In una piccola percentuale di casi si ricorre al rilascio per via epidurale.

Gli anziani hanno un fabbisogno ridotto del 25% rispetto agli adulti, per una ridotta clearance, pertanto, si consigliano dosi basse di preparati a rilascio immediato, ed aumenti graduali.



Tabella riassuntiva dei farmaci per la gestione del dolore con farmaci di 1°, 2°, 3° livello

Farmaci di 1° livello	Fans	Dose suggerita (in 24 ore)
Paracetamolo		2-4 g
Acido acetilsalicidico		0.5-2 g
Ibuprofene		0.6-1.8 g
Naprossene		0.5-1.25 g
Ketoprofene		50-150 mg
Ketorolac		10-40 mg os, 120 mg im/ev
Farmaci di 2° livello	Oppioidi deboli	Dose suggerita (in 24 ore)
Codeina		60-240 mg
Buprenorfina		0.2-0.6 mg
Meperidina		600-1200 mg
tramadolo		200-400 mg
Farmaci di 3° livello	Oppioidi forti	Dose suggerita (in 24 ore)
Morfina		60-1200 mg os, 60 mg via parenterale
Fentanyl		Cerotto transdermico 25-100 mg ogni 3 giorni
Metadone		15-60 mg

Nella pratica clinica risulta utile il riferimento al concetto di equianalgesia riferita all'effetto ottenibile con la somministrazione intramuscolare di 10 mg di morfina

Farmaco	Dose (mg) im	Dose (mg) os
Morfina	10	30
Codeina	130	200
Metadone	1-3	2-6
Meperidina	75	300
Fentanyl transdermico	100 microg/h=2-4 mg/h morfina ev	-----

In presenza di insufficienza renale, tutti gli oppioidi devono essere usati con cautela, a dosi e frequenze ridotte. La presenza di insufficienza renale lieve-moderata (GFR stimata tra 30-89 ml/min) non deve essere un motivo per ritardare l'uso di un oppioide quando necessario. E' importante:

- Monitorare la funzionalità renale e considerare un cambiamento di oppioide in caso di rapido deterioramento della funzione renale.
- Valutare eventuali fattori reversibili che possono influire sulla funzionalità renale.
- Essere consapevoli del fatto che le stime della GFR potrebbero essere meno precise in presenza di cachessia, ipoproteinemia, edema e insufficienza renale acuta.

Fentanyl e buprenorfina per via transdermica o per via endovenosa dovrebbero essere la prima scelta nei pazienti con stadi della malattia renale cronica con 4 o 5 (GFR stimata < 30 ml / min).

Nel caso di insufficienza epatica moderata-severa dovrebbero essere usati con cautela i seguenti oppioidi:

- codeina
- tramadolo
- metadone
- ossicodone
- buprenorfina e fentanyl

La somministrazione transdermica dovrebbe essere evitata perché l'assorbimento potrebbe essere variabile e imprevedibile. La morfina e l'idromorfone possono essere utilizzati ma con cautela e adattamento delle dosi,

La neurotossicità da morfina o da altro oppioide è ben conosciuta e prevedibile. Inoltre, dato che non sempre è dose-dipendente, cioè può apparire a dosaggi già molto bassi, va sistematicamente ricercata.



Tossicità centrale è più frequente di quanto si pensi e merita una particolare attenzione. Si può manifestare sotto forma di:

- sonnolenza, che si presenta senza che vi siano stati cambiamenti nella terapia di base (aumento del dosaggio, somministrazione di molte riserve)
- compromissione dello stato cognitivo fino allo stato confusionale. Se non trattato, si può manifestare in modo acuto con Incubi, allucinazioni tattili, visive e uditive, mioclonie, iperalgesia, allodinia.

Queste ultime due manifestazioni appaiono solitamente con dosaggi più alti o in pz in fase terminale a causa dell'accumulo di morfina o dei suoi metaboliti, specialmente se vi è un aumento rapido del dosaggio. Se non riconosciute facilmente si incappa in un circolo vizioso:

iperalgisia → morfina → iperalgisia → morfina...

Effetti collaterali degli oppioidi

I meccanismi alla base dell'insorgenza degli effetti collaterali, sono conosciuti solo in parte, e sembrano dipendere da alcuni fattori quali l'età dell'utente, l'estensione della malattia, le disfunzioni d'organo, le terapie concomitanti, una precedente esposizione agli oppioidi e la via di somministrazione.

I più comuni sono la sonnolenza, la stipsi, la nausea ed il vomito, ma possono comparire anche prurito, sudorazioni, diarrea, disturbi del cavo orale, anoressia, disturbi respiratori e sintomi neuropsichiatrici.

Questi effetti si devono trattare e prevenire con l'aiuto di farmaci adiuvanti analgesici.

Effetto collaterale	Trattamento
Stipsi	Lassativi o Naloxone
Sedazione	Considerare la rapida comparsa di tolleranza Ridurre la dose e/o aumentare la frequenza di somministrazione Sostituire con altri oppioidi Stimolanti del SNC: Caffaina, Dextroanfetamina, Metilfenidato
Nausea e vomito	Antiemetici: Metoclopramide, Antagonisti 5-HT ₃ recettori Neurolettici: Aloperidolo, Clorpromazina
Depressione respiratoria	Naloxone

Farmaco adiuvante analgesico	Effetto
Corticosteroidi	Analgesico Antiedemigeno Antiemetico/incremento dell'appetito Miglioramento del tono dell'umore
Antidepressivi: Amitriptilina, Fluoxetina	Analgesico (dolore neuropatico) Potenziamento dell'effetto degli oppiacei Miglioramento del tono dell'umore
Anticonvulsivanti: Carbamazepina, Valproato, Clonazepam, Gabapentina	Modulazione della soglia del dolore Analgesico (dolore neuropatico)
Neurolettici: Metotrimeprazina, Aloperidolo	Analgesico/ansiolitico Antiemetico
Difosfonati	Analgesico (metastasi ossee)

Raccomandazioni specifiche

- Il paracetamolo dovrebbe essere il primo farmaco ad essere considerato nel trattamento del dolore da lieve a moderato di origine muscolo-scheletrica. Si danno indicazioni agli infermieri di poterlo somministrare anche in caso di assenza del medico o di prescrizione sul foglio terapia, **previa raccomandazione di valutarne allergie**, al dosaggio di 1 cp da 1000mg/die.
- I FANS andrebbero evitati (...) per i frequenti effetti collaterali, salvo casi selezionati e trattamenti molto brevi
- Gli oppioidi sono indicati nel trattamento del dolore da moderato a severo, specialmente se si tratta di dolore nocicettivo. Per episodi dolorosi non continui andrebbero somministrati al bisogno, mentre in caso di algie persistenti



andranno somministrati ad orari. Il dolore di tipo "breakthrough" (a breccia), che andrebbe affrontato con farmaci a rapida azione e breve emivita.

- L'adeguamento posologico deve tenere conto della tendenza all'accumulo farmacologico, propria dell'anziano, delle interazioni con altre molecole, e di tutte le altre variabili individuali (cliniche, sociali, ecc.).
- La stipsi ed agli altri sintomi gastro-intestinali correlati all'assunzione di oppioidi andrebbero prevenuti. In particolare, viene raccomandato quanto segue: a) l'attenta valutazione della funzione intestinale nei pz. trattati; a) cautela nell'uso dei lassativi di massa, che necessitano per essere efficaci di un'adeguato apporto idrico; b) se sono presenti fecalomi, andranno evacuati manualmente e/o con clistere. In caso di nausea, si raccomanda: c) se la nausea persiste, un tentativo con un oppioide alternativo può essere appropriato; d) in caso di inefficacia della misura precedente, utilizzare un antiemetico a basso rischio di effetti collaterali (es. domperidone) o un basso dosaggio di aloperidolo (3 gtt) per i primi 5-6 giorni.
- L'uso di associazioni fisse di paracetamolo ed oppioidi è raccomandato nel dolore da lieve a moderato.
- Un dolore severo, specialmente se acuto, deve essere visto come un'emergenza, e deve essere trattato con urgenza; la morfina endovena è il farmaco di prima scelta. Analoga attenzione all'analgesia va posta prima di effettuare manovre che presuppongano lo scatenarsi di algie, come la mobilizzazione e le medicazioni.

Interventi non farmacologici in utenti "terminali" ma non solo

Il dolore come già avvalorato, è un sintomo multidimensionale e complesso, la cui presa a carico non si deve limitare alla sola terapia farmacologica, ma implica un trattamento più ampio e diversificato. Un approccio interdisciplinare è fondamentale per una presa a carico globale dell'utente. Per ogni paziente verranno effettuate delle scelte personalizzate secondo i bisogni riscontrati.

Tutte le figure professionali possono contribuire al benessere psico-fisico del malato collaborando tra loro, come:

L'Assistente sociale

Gli assistenti sociali esercitano una professione basata sulle relazioni umane. La diversità del loro campo d'azione e dei compiti che vengono loro affidati sono il naturale riflesso dei molteplici bisogni della singola persona e della società moderna in continuo mutamento. Sono di sostegno nella valutazione dei bisogni del paziente e della sua famiglia sia in struttura che a domicilio, nell'organizzazione di mezzi ausiliari, trasporti, ecc. Aiutano l'utente nella gestione degli aspetti lavorativi, assicurativi e finanziari.

Psicologo

Offrono il loro sostegno non solo all'utente, ma anche ai familiari e all'équipe, tramite colloqui individuali, o supervisione al team che si occupa della cura. Il loro supporto può essere d'aiuto all'utente ed alla famiglia per gestire momenti difficili, riallacciare rapporti familiari, affrontare ed elaborare emozioni e/o delusioni che nascono durante il percorso di vita nella malattia. All'utente deve essere offerta questa possibilità di presa a carico specialistica, ma va anche rispettato il suo desiderio di rinuncia.

Assistente spirituale

L'assistente spirituale può anche essere un ministro di culto, o una persona dotata di una preparazione psicologica, teologica e/o filosofica che gli consenta d'istaurare un dialogo anche con persone non credenti o d'altra confessione. Può essere di aiuto all'utente ed alla sua famiglia per rispondere a domande essenziali sul senso della vita e della morte, sulla malattia, a discutere di paura della morte, del senso di perdita della speranza o del controllo su ciò che accade, sul senso di colpa, sul sentimento di solitudine ed abbandono.

Dietista

Spesso siamo confrontati con l'inappetenza dei nostri utenti, spesso di origine multifattoriale, legata sia alla malattia di base che alle terapie. La dietista può aiutarci a trovare delle soluzioni personalizzate considerando le abitudini e le preferenze del singolo utente e adattando il suo intervento alla fase di malattia, ponendosi sempre come obiettivo il miglioramento della qualità di vita del paziente.

Fisioterapista

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 03
	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL DOLORE E DEI SINTOMI FISICI E PSICOLOGICI	Data 23/05/2023 Pagina 10 di 14

Importante per una presa a carico non farmacologica del dolore. L'obiettivo deve essere adattato alla fase di malattia e deve essere rivolto al benessere e al comfort dell'utente. In un utente sofferente sono importanti non solo la mobilitazione attiva, i consigli sulle tecniche di mobilitazione o l'insegnamento all'utilizzo di particolari ausili (familiari), ma può essere altrettanto importante il contatto, la mobilitazione passiva, il massaggio.

Tutte queste figure, oltre ad altri professionisti che si dedicano a terapie complementari (es.musicoterapia, pet-terapia per RSA-CDI) possono avere un ruolo nella presa a carico dei nostri utenti e soprattutto possono aiutarli a valorizzare le proprie risorse personali. Aiutano il malato, sia materialmente che moralmente, facendolo sentire meno solo, rispettando le sue decisioni e condividendo ciò che il malato vorrà esternare.

Risorse personali

Non dimentichiamo le risorse personali dell'utente! Ogni persona dispone di risorse personali che gli possono essere utili per affrontare le difficoltà; quello che però accade a queste persone, sopraffatti dalla malattia, è la perdita di fiducia in sé stessi con conseguente incapacità di ritrovare quelle risorse interiori preziose, sopraffatte da emozioni spesso negative. Se sostenuti ed accompagnati, saranno in grado di riscoprire le proprie abilità, le proprie conoscenze, le proprie qualità che li potranno aiutare ad affrontare con maggior serenità le sfide e le difficoltà della malattia

L'approccio al malato con dolore non deve essere finalizzato alla sola patologia, ma alla cura della persona nel suo insieme.

A. COME GESTIRE I SINTOMI FISICI E PSICOLOGICI DERIVATI DAL DOLORE O DALLA SUA GESTIONE

I disturbi possono essere:

- a. a carico del sistema gastrointestinale come nausea e vomito, stipsi, diarrea,
- b. problemi del cavo orale
- c. disturbi respiratori
- d. piaghe da decubito
- e. anoressia, cachessia
- f. sintomi neuropsichiatrici come depressione ed ansia, stato confusionale
- g. astenia.....

Nausea e Vomito

E' un sintomo comune che ha molteplici cause. Al fine di pianificare l'intervento è necessario che venga raccolta una attenta anamnesi, svolto l'esame obiettivo e se necessario eseguire delle analisi biochimiche.

Il trattamento consiste nel sospendere i farmaci potenzialmente responsabili, nel limite del possibile salvaguardare le abitudini alimentari del malato e consigliare l'assunzione di pasti piccoli e frequenti.

A causa dell'eziologia multifattoriale, l'utilizzo di più farmaci antiemetici può risultare indicato. La via di somministrazione orale è preferibile nei pazienti con nausea, ma in caso di vomito sono consigliabili preparati per via iniettiva o, meglio per infusione sottocutanea continua.

Stipsi

Il 50% dei pazienti in terapia palliativa riferisce stipsi ed è più alta tra i neoplastici. Le principali cause sono i farmaci, scarsa attività fisica/allettamento, malnutrizione, disidratazione, stato confusionale, masse addominali o pelviche, ipercalcemia, sindrome neurologiche, depressione ed inoltre alcune patologie contribuiscono ad inibire la scarica fecale come le emorroidi e le ragadi anali.

L'anamnesi deve valutare la frequenza e consistenza delle feci, la eventuale concomitanza di nausea, vomito, dolore addominale, e la dieta e l'attività fisica. L'esame obiettivo dell'addome deve includere l'esplorazione del retto o di una eventuale stomia, e, in casi particolari la radiografia diretta.

Il trattamento si esplicita nel sospendere i farmaci potenzialmente responsabili, favorire l'attività fisica e l'idratazione, con l'assunzione di una dieta ricca di scorie in utenti non a rischio di occlusione, nell'evacuazione manuale, con somministrazione di sedativi o analgesici, se vi è presente un fecaloma in ampolla, ed infine nel facilitare il raggiungimento della toilette.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 03
	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL DOLORE E DEI SINTOMI FISICI E PSICOLOGICI	Data 23/05/2023 Pagina 11 di 14

La scelta del trattamento farmacologico dipende dalla causa della stipsi, dalle caratteristiche delle feci e dalla tolleranza dell'utente. La somministrazione orale è sempre preferibile, mentre quella per via rettale deve essere limitata solo in casi quali la presenza di fecaloma.

Diarrea

La diarrea è un sintomo meno comune della stipsi, tuttavia in alcune categorie di malati può costituire un sintomo particolarmente debilitante per la perdita di liquidi ed elettroliti e per gli aspetti psicologici correlati.

Le cause possono essere legate alla malattia, iatrogene da farmaci (lassativi, antibiotici, digitale, antiacidi, procinetici, ecc) o legate ad eventi concomitanti come le diete, malattie infiammatorie dell'intestino o le infezioni.

Il trattamento prevede di sospendere i farmaci potenzialmente responsabili e di mantenere un adeguato apporto idroelettrolitico. Il trattamento farmacologico è il seguente:

- per cause non specificate si somministra Loperamide
- per enterocoliti si somministra antibiotici, antiparassitari
- per radioterapia si somministra sucralfato, colestiramina
-

Problemi del Cavo Orale

Si riscontrano soprattutto tra i pazienti terminali, i neoplastici sottoposti a chemioterapia presentano in alta percentuale alterazioni della mucosa del cavo orale. Queste condizioni si associano frequentemente a sintomi dolorosi, modificazioni del gusto, processi infettivi, disturbi della deglutizione, e spesso costringono il paziente a ridurre l'assunzione di cibo e di liquidi.

Le principali cause sono la disidratazione (febbre, anoressia, vomito, diarrea), farmaci (anticolinergici, antidepressivi, antiemetici, diuretici, oppioidi, citotossici, aereosol), radioterapia loco-regionale, stomatiti.

Il trattamento si concretizza con l'umidificare l'ambiente, garantire una accurata igiene del cavo orale, evitare cibi acidi e piccanti, garantire un'adeguata idratazione (es. succhi di frutta freddi, acqua tonica), umidificare spesso la bocca anche utilizzando spray, applicare pomate grasse sulle labbra per prevenire ulcerazioni.

Se vi sono delle ulcere orali, si trattano con sospensioni di sucralfato, anestetici locali, antidolorifici topici o sistemici- In caso di infezioni (candidiasi) utilizzare sospensioni di antimicotici (nistatina, fluconazolo), da proseguire almeno 2 settimane dopo la scomparsa della sintomatologia.

Dispnea

E' il sintomo dominante in molte condizioni terminali neoplastiche e non ed ha un notevole impatto sulla qualità della vita. Esistono diversi strumenti validati per la valutazione della dispnea basale o da sforzo, ma tuttavia, l'utilizzo di queste scale in malati terminali è spesso difficile e ha dato luogo a risultati contrastanti. Diversi fattori infatti possono influire sulla percezione della dispnea e sulla sua gravità, l'attività fisica, fattori psicologici e ambientali, la condizione respiratoria preesistente. Pertanto, la valutazione della dispnea deve considerare principalmente l'impatto di questo sintomo sulla qualità di vita.

La raccolta di una storia clinica dettagliata, l'esame obiettivo e l'esecuzione di appropriati esami diagnostici devono essere volti alla ricerca di cause eventualmente reversibili. Sebbene talvolta non siano riconoscibili cause specifiche, generalmente l'eziologia della dispnea è multifattoriale, legata alla presenza di patologie concomitanti in grado di influire sulla funzione respiratoria ed eventuali condizioni acute intercorrenti (embolia polmonare, infezioni, insufficienza ventricolare sinistra, anemizzazione). In presenza di malnutrizione e cachessia, la ridotta performance dei muscoli respiratori può rappresentare una importante causa di dispnea in assenza di patologie polmonari e/o cardiache.

Il trattamento prevede modificazioni nello stile di vita e nell'attività fisica, posture nel letto, tecniche di rilassamento, ridurre il lavoro respiratorio (es. inspirare col naso, espirare a labbra socchiuse) ed infine incoraggiare il malato riducendo la componente di ansia

Il trattamento farmacologico è definito dall'eventuale riscontro di cause responsabili della comparsa o dell'aggravamento della dispnea.

L'utilizzo degli oppioidi nel trattamento sintomatico risulta di sicura efficacia, sebbene il meccanismo d'azione non sia noto. L'ossigenoterapia è fondamentale solo nei casi con componente ostruttiva e ipossia accertata.

Tosse

Costituisce un sintomo frequente e difficile da controllare. Può influire negativamente sulla qualità di vita, inducendo dolori toraco-addominali, vomito, insonnia ed ansia.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 03
	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL DOLORE E DEI SINTOMI FISICI E PSICOLOGICI	Data 23/05/2023 Pagina 12 di 14

Esistono diversi tipi di tosse e diverse cause possono coesistere nello stesso utente. La presenza di secrezioni rimovibili ne condiziona il trattamento sintomatico, ed i farmaci antitussigeni sono limitati generalmente ai pazienti con tosse non produttiva.

Il trattamento si diversifica se:

il paziente è in grado di espettorare

- fisioterapia (drenaggi posturali)
- ossigenoterapia
- inalazione di vapore
- non utilizzare farmaci inibenti la tosse

il paziente non è in grado di espettorare

- posizionamento a letto
- broncoaspirazione

Per la terapia farmacologica si suggeriscono gli oppioidi che sono dotati di maggiore efficacia. La somministrazione orale di mucolitici o la nebulizzazione di soluzione fisiologica possono essere utili ma devono essere evitati se c'è difficoltà nell'espettorazione. L'uso di antibiotici è giustificato se una patologia infettiva causa un peggioramento della sintomatologia.

Piaghe da Decubito

Sono una condizione morbosa frequente tra i malati terminali, in grado di influire in maniera significativa sulla qualità di vita e sulla sopravvivenza. Per la prevenzione delle piaghe da decubito è utile la valutazione di alcuni parametri quali le condizioni generali del malato, lo stato mentale, lo stato nutrizionale, la mobilità, l'eventuale incontinenza. Tramite la scala di Braden è possibile valutare l'entità del rischio di comparsa di una lesione da decubito.

Per il trattamento si rimanda al protocollo aziendale, in utenti terminali è essenziale evitare infezioni batteriche rispetto a favorire la cicatrizzazione. Si ricordano alcune misure di carattere generale come un'accurata ispezione quotidiana della cute, specie in corrispondenza delle prominenze ossee, una corretta postura per evitare i danni della immobilizzazione e posizioni viziate, definire un periodico scarico delle zone cutanee sottoposte a pressione, evitare ogni attrito o sfregamento cutaneo per non rimuovere gli strati superficiali della pelle, correggere l'incontinenza urinaria e/o fecale, assicurare un adeguato apporto calorico ed idrico, uso di superfici antidecubito.

Sindromi Edemigene

Il linfedema rappresenta una condizione di frequente riscontro nei soggetti affetti da neoplasie avanzate, in particolare dopo trattamenti radioterapici o linfadenectomie. In corso di malattie non neoplastiche come lo scompenso cardiaco, peraltro, l'edema – di natura idrostatica – è uno dei segni cardine. Tuttavia, l'edema spesso non riconosce un'unica causa ma si instaura per la sovrapposizione di diverse condizioni.

Il trattamento prevede di assicurare un adeguato apporto proteico in caso di edema discrasico, di ridurre l'apporto di liquidi e sale in caso di edema cardiogeno, di evitare l'immobilizzazione e l'assunzione di posture scorrette, di prevenire i traumi e con l'impiego di bendaggi o drenaggio in caso di linfedema e/o di diuretici (furosemide, spironolattone), e antibiotici in caso di sovrapposizioni infettive.

Anoressia, Cachessia

La sindrome anoressia-cachessia è un quadro clinico complesso, caratterizzato dal progressivo deteriorarsi dei tessuti corporei (sia massa magra che grassa), non proporzionale al ridotto apporto nutrizionale. L'anoressia di per sé contribuisce allo sviluppo della cachessia ma non ne costituisce la causa principale che sembra invece attribuibile all'azione di citochine rilasciate dal sistema immunitario in risposta alla patologia di base.

In genere sono sufficienti all'inquadramento diagnostico la *storia clinica*, la presenza di marcato dimagrimento e l'*esame obiettivo*.

L'uso di alcuni esami ematochimici (es. albumina plasmatica), pur non essendo necessari per la diagnosi di cachessia, possono risultare utili nel monitoraggio delle condizioni generali e dell'efficacia dei trattamenti.

Si segnala che in diversi studi clinici, la supplementazione nutrizionale per via enterale o parenterale non si è dimostrata in grado di migliorare la sintomatologia né l'evoluzione clinica dei malati cachettici.

Invece, alcune classi di farmaci sono risultati efficaci nel controllo di diversi sintomi.

Es. Glucocorticoidi migliorano l'astenia e anoressia; progestinici aumentano l'appetito e deposito di grassi, procinetici riducono nausea e senso di sazietà precoce....

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 03
	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL DOLORE E DEI SINTOMI FISICI E PSICOLOGICI	Data 23/05/2023 Pagina 13 di 14

Astenia

Viene definita come la «totale mancanza di energia con ridotta capacità di lavoro fisico o mentale che non migliora con il riposo». La presenza di astenia viene riferita da più del 90% dei malati neoplastici. Il suo impatto sulla qualità di vita può essere paragonabile a quello del dolore. Nell'anziano l'astenia può derivare da condizioni psico-fisiche ad essa concomitanti. L'astenia può infatti costituire un quadro sindromico multidimensionale, caratterizzato da componenti fisiche, psicologiche e funzionali.

La difficoltà posta dalla sua definizione ne complica la valutazione e il trattamento.

Le strategie di trattamento dell'astenia prevedono la correzione delle potenziali cause sottostanti (disturbi del sonno, anemia, depressione, farmaci ad azione centrale....) misure non farmacologiche (assicurare continua mobilitazione anche mediante l'impiego di ausili, interventi di terapia occupazionale....) e un approccio farmacologico per il quale al momento non sussiste un'evidenza supportata da trial clinici controllati.

I farmaci sono utili prevalentemente nel trattamento dell'astenia da farmaci specie da oppioidi.

- Destroamfetamina (5 mg/die) oppure Metilfenidato (10 mg/die) per bocca
- Desametazone (4 a 8 mg al giorno)

SINTOMI NEUROPSICHIATRICI

Durante la fase terminale di malattie croniche, molti pazienti sviluppano alterazioni del tono dell'umore. Le reazioni psicologiche successive alla diagnosi di terminalità si risolvono in alcune settimane attraverso il supporto fornito dai familiari e dal personale di assistenza. Tuttavia alcuni utenti sviluppano disfunzioni neuro-psichiatriche che comprendono alterazioni cognitivo- comportamentali e disturbi affettivi. L'identificazione di tali problematiche è spesso ostacolata dalla patologia di base, la terapia farmacologica, la presenza di problemi psico-sociali preesistenti, e dalla sovrapposizione di eventi morbosi intercorrenti. Tuttavia, la valutazione e l'adeguato trattamento dei sintomi neuropsichiatrici è parte fondamentale delle cure palliative. Alcuni sono:

Depressione e Ansia

La depressione come vera e propria malattia non è da considerarsi una risposta normale alla diagnosi di malattia terminale. La prevalenza nel paziente neoplastico è stimata attorno al 20-25% contro un tasso del 6% nella popolazione generale. L'ansia si colloca al secondo posto tra i disturbi psichiatrici e come singolo sintomo è presente nella maggior parte dei casi.

Durante la valutazione la presenza di disturbi psicologici e somatici quali anoressia, perdita di peso, astenia, disturbi del sonno può spesso essere erroneamente attribuita alla malattia di base.

Il trattamento della depressione e/o dell'ansia si articola nell'approccio psicoterapeutico e farmacologico, a seconda della severità e della tipologia dei sintomi.

Può risultare utile rimuovere o attenuare l'impatto di possibili cause reversibili di stress-psicofisico (dolore o altri sintomi fisici, problemi di tipo socio-assistenziale), l'assicurare un atteggiamento di empatia di tutto lo staff assistenziale e prevedere interventi individuale o di gruppo con una psicologa-psicoterapeuta.

Nel trattamento farmacologico vi sono numerosi studi in pazienti giovani oncologici hanno dimostrato l'efficacia degli antidepressivi triciclici e degli SSRI nel migliorare i sintomi e la qualità di vita, mentre non sono disponibili dati che si riferiscano ai pazienti anziani.

Nell'impiego di questi farmaci nei soggetti anziani si devono rispettare dei principi fondamentali:

- Prescrivere farmaci con emivita breve
- Utilizzare dosaggi iniziali più bassi rispetto a quelli indicati per i giovani
- Evitare i farmaci con potente effetto anticolinergico
- Rivalutare periodicamente dosi e eventuali reazioni avverse

Tra i farmaci antidepressivi sono da prediligere quelli di ultima generazione, in particolare gli SSRI.

Stato Confusionale

Lo stato confusionale o *delirium* rappresenta una tra le più frequenti complicanze nei pazienti affetti da patologie croniche in fase avanzata, specie tra i malati neoplastici. La sua eziologia risulta spesso multifattoriale, ma il trattamento di un eventuale sovradosaggio di farmaci psicoattivi, disidratazione, o infezione acuta spesso ne induce la regressione.

La diagnosi di delirium dovrebbe essere effettuata secondo i criteri del Diagnostic and Statistical Manual dell'American Psychiatric Association (DSM), 5° edizione 1. La diagnosi è essenzialmente clinica e si basa sull'osservazione del paziente e sulle informazioni fornite dai familiari o dal caregiver. Conoscere la storia del paziente e le sue performance cognitive di base è fondamentale per differenziare la demenza dal delirium e per valutare la fluttuazione dei sintomi.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 03
	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL DOLORE E DEI SINTOMI FISICI E PSICOLOGICI	Data 23/05/2023 Pagina 14 di 14

La Terapia Farmacologica deve rimuovere cause reversibili ed in presenza di sintomi produttivi si possono utilizzare farmaci antipsicotici (es. aloperidolo) per ridurre l'effetto dell'allucinazione sull'ideazione del malato e sedarlo. Si inizia con bassi dosaggi del farmaco (0.5 mg al giorno) per aumentare gradualmente la dose.

BIBLIOGRAFIA

Linee Guida AIOM 2019, Terapia del dolore in oncologia

Legge 15 marzo 2010, n.38; Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

-Giorn Gerontol. 2000 Linee Guida Cure Palliative nel paziente anziano terminale. Venturiero, Tarsitari, Liperoti, Ardito, Carbonin, Bernabei, Gambassi

A. Brugnolli: La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo. Assistenza infermieristica e ricerca, 2007, 26, 1

-AGS Clinical Practice Committee. Management of cancer pain in older patients J Am Geriatr Soc 1997

Costardi D, Rozzini, L, Costanzi, C, et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) Scale. Arch Gerontol Geriatr 2007; 44: 175-180

-Istituto Oncologico della Svizzera Italiana. Dolore protocollo per la valutazione e il trattamento del dolore. 19.05.2014

-Decreto 9 novembre 2015 "Funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972

- American Psychiatry Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5. American Psychiatric Publishing 2013