

Valutazione e trattamento del dolore nei pazienti affetti da patologie terminali

Fabrizio La Mura

Responsabile Sanitario Hospice Don Uva - Bisceglie

L'attivazione dei servizi di cure palliative avviene per il controllo dei principali sintomi che caratterizzano lo stato cosiddetto terminale, fra cui il disorientamento spazio/temporale, lo stato confusionale, le allucinazioni, oltre ai cinque sintomi statisticamente più frequenti della terminalità (1,2) ovvero dolore, *fatigue*, astenia, debolezza ed inappetenza. A causa di ciò, spesso si ha una importante compromissione delle funzioni cognitive e segnatamente della memoria (3), e diversi autori si interrogano, anche per questioni etiche e medico-legali, sulla effettiva capacità di tali pazienti ad autodeterminarsi, ad esempio nell'esprimere un consenso informato per eventuali terapie o procedure (4,5), concludendo che in molti casi si possa confidare solo nel nucleo familiare, se presente, per rappresentare le ipotetiche/potenziali volontà di una persona non in grado di farlo in piena autonomia.

In tal senso, già dagli anni '80 e '90 la letteratura medica ufficiale metteva in chiaro che la capacità cognitiva, nella popolazione di pazienti terminali da tumore (non necessariamente cerebrale) nelle ultime 3-4 settimane di vita, è "*impossibile da considerare come affidabile*" (6), rendendo necessario effettuare routinariamente un test di screening cognitivo validato (7) dal momento stesso della presa in carico.

Tuttavia, veniva già da allora anche messo in luce un altro aspetto fondamentale, ovvero la rinuncia da parte del medico ad utilizzare termini desueti e purtroppo ambigui e quindi fuorvianti per la redazione della cartella clinica. Ad esempio, la parola "sensorio".

L'uso di un termine quale Sensorio (integro/non integro) per descrivere quella che per traslato è divenuta la "Coscienza", veniva introdotto da Aristotele del IV Secolo a.C. ed usato nei secoli successivi anche nel mondo sassone ed anglosassone (*Sensorium Commune*), ad indicare la capacità della persona di poter "*giudicare, comparare e distinguere*", con il cuore deputato a tale funzione (8).

L'esigenza di chiarezza terminologica, disambiguazione ed in definitiva di lealtà verso la persona malata ha portato il Legislatore ad imporre al medico e all'infermiere di rilevare, quantificare e descrivere nella sua evoluzione, con metodi ritenuti più appropriati unicamente fra quelli validati, un parametro clinico di vitale importanza, ovvero il dolore (Legge 38/2010) (9).

L'ometterne sia la rilevazione o la quantificazione o la sua evoluzione anche in base ai trattamenti effettuati può essere un motivo sia di fallimento del piano terapeutico globale, che un irrimediabile ostacolo alla comprensione dello stato cognitivo di qualsiasi tipologia di paziente, anche senza pregressa storia neuro- e/o psicopatologica.

Tuttavia, non sempre è possibile, in ambito di cure palliative, utilizzare metodiche quali il *pain drawing*, o la rilevazione del dolore tramite scale di valutazione, in quanto la capacità mnemonico-cognitiva dei pazienti

38°

CONGRESSO NAZIONALE AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

BARI 28-30 MAGGIO 2015
Centro Congressi Nicolaus Hotel



potrebbe non permetterlo, ed una sottovalutazione di tale situazione potrebbe portare ad errori, ad esempio, in fase di titolazione dei farmaci. Ciò è ancor più vero per quei pazienti con stato minimo di coscienza, che sono sicuramente in grado di avvertire dolore e di manifestarlo, ma non di descriverlo in modo sistematico. L'esperienza clinica su diverse centinaia di Pazienti afferenti all'Hospice Don Uva di Bisceglie, ed i dati raccolti a livello nazionale in modo standardizzato (DM 6/6/2012 sui "Flussi Hospice"), suggeriscono che la valutazione e gestione del dolore, e della sofferenza, nei pazienti affetti da patologie in fase terminale, debba avvalersi di competenze multidisciplinari (mediche, infermieristiche, psicologiche, pedagogiche, sociali), che coinvolgano non solo i pazienti, ma anche i loro familiari. I dati e le esperienze in merito sono presentate nell'ambito del Simposio "Valutazione e gestione del dolore nei Pazienti con disturbi della coscienza", del 38° Congresso Nazionale AISD, 28-30 Maggio 2015 a Bari.

Note bibliografiche

1. Semionov V, Singer Y, Shvartzman P. Prevalence and management of symptoms during the last month of life. *Isr Med Assoc J.* 2012 Feb;14(2):96-9.
2. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2007 Jul;34(1):94-104. Epub 2007 May 23.
3. Giovagnoli AR. Investigation of cognitive impairments in people with brain tumors. *J Neurooncol.* 2012 Jun;108(2):277-83. doi: 10.1007/s11060-012-0815-6. Epub 2012 Mar 6.
4. Kerrigan S, Dengu F, Erridge S. Recognition of mental incapacity when consenting patients with intracranial tumours for surgery: how well are we doing? *Br J Neurosurg.* 2012 Feb;26(1):28-31. doi: 10.3109/02688697.2011.594187. Epub 2011 Aug 4.5. Triebel KL, Martin RC, Nabors LB, Marson DC. Medical decision making capacity in patients with malignant glioma. *Neurology.* 2009 Dec 15;73(24):2086-92. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181c67bce.
6. Bruera E, Miller L, McCallion J, et al. Cognitive failure in patients with terminal cancer: a prospective study. *J Pain Symptom Manage.* 1992 May;7(4):192-5.
7. Pereira J, Hanson J, Bruera E. The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Cancer.* 1997 Feb 15;79(4):835-42.
8. Coeb C. "Coma, confusione mentale, stato vegetativo, morte cerebrale" in Loeb C. ed. *Neurologia Diagnostica.* Milano: Springer-Verlag Italia; 2000: Pag. 203
9. Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente: *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.* Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 65 del 19 marzo 2010

Per ulteriori informazioni

Lorenza Saini - saini@fondazioneprocacci.org - Mob. 3396195974

Il programma completo del Congresso è disponibile online nel sito: web.aimgroupinternational.com/2015/aisd/

Note informative sull'AISD: è un'associazione professionale multidisciplinare, non-profit, attiva dal 1976 e dedicata alla ricerca sul dolore e al miglioramento dell'assistenza dei pazienti con dolore. Il sito dell'Associazione Italiana per lo studio del dolore è www.aisd.it



Associazione Italiana per lo Studio del Dolore Onlus

Roma - www.aisd.it - info@aisd.it

Segreteria organizzativa 38° Congresso AISD: AIM Group International, Roma – Tel 06 330531
aisd2015aimgroup.eu – web.aimgroupinternational.com/2015/aisd/