

VALUTAZIONE DEGLI ATTEGGIAMENTI E DELLE CONOSCENZE SUL DOLORE DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI IMPEGNATI NEL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CRONICHE CUTANEE

*A. De Martino— **G. Nebbioso –***F. Petrella - *E. Migliorini – *I. Ferraro – *C. Maiorano

* U.O.di Terapia del Dolore e Cure Palliative – ASL Salerno 2 - DS 103

** Ambulatorio di Chirurgia Generale e Diagnostica Vascolare - ASL Napoli 1 - DS 53

***Ambulatorio di Chirurgia Generale e Riparazione Tessutale - ASL Napoli 5 – DS 81

Premessa

La copiosa letteratura, italiana e straniera, prodotta sulle lesioni cutanee croniche ed in particolare sulle lesioni da decubito si è dimostrata spesso carente di contributi sul dolore avvertito dai malati con lesioni croniche cutanee sia a riposo che durante il cambio della medicazione. Carenza che solo da pochi anni si è cercata di colmare con diversi documenti di consenso promossi dalla EWMA sul tema “dolore”.

Questo ritardo culturale fa sì che ancora “molto dolore” non sia riconosciuto e quindi non valutato dagli operatori sanitari e pertanto non adeguatamente curato, per le limitate conoscenze e gli errati atteggiamenti che spesso gli operatori hanno nei riguardi del “dolore”,

La necessità di valutare il livello di formazione ed informazione sul tema “dolore” da parte del personale sanitario, ci ha spinti a proporre ai partecipanti a 3 Corsi di formazione sulle lesioni da decubito, di cui 2 promossi dall’Azienda Sanitaria Locale Salerno 2 ed 1 dalla Società Italiana di Formazione Permanente (SIFoP) un questionario che rilevasse proprio le conoscenze e gli atteggiamenti degli operatori nei riguardi del dolore. Dolore non legato alla presenza di lesioni croniche cutanee o al dolore procedurale che si può provocare durante il cambio della medicazione, ma dolore inteso come “ paziente che ha dolore”. Pertanto ci è sembrato opportuno sottoporre il questionario ad operatori sanitari che sono quotidianamente a contatto con pazienti “ fragili”.

Il Questionario proposto è lo stesso utilizzato, nel 2000, per gli operatori sanitari del P.O. di Eboli (ASL – SA2) nell’ambito della Campagna “ Verso un Ospedale senza Dolore” promossa dall’O.M.S. e condotta dalla U.O. di Terapia del Dolore e Cure Palliative, allora afferente al Servizio di Anestesia e Rianimazione di quel P.O.

Obiettivo

Lo scopo del presente studio è quello di valutare le conoscenze, le informazioni e gli atteggiamenti del personale sanitario nei confronti del paziente che ha dolore.

Metodo

Il metodo adottato è stato quello di sottoporre un questionario composto da 20 domande (tabella 1) , ai partecipanti di 2 corsi di formazione dell’ASL SA 2 , tenutosi nell’anno 2003 e ai partecipanti di un corso di formazione organizzato dalla SIFoP nell’anno 2004, entrambi sul trattamento delle lesioni croniche cutanee. Per la composizione della griglia di domande ci siamo avvalsi di un questionario già utilizzato negli Stati Uniti (Lebivits,1997) ed altri proposti da esperti in terapia del dolore del Comitato nazionale promotore della Campagna “Verso un Ospedale senza Dolore”.

La domanda è un’affermazione riguardo la quale l’intervistato deve esprimere il suo giudizio di vero o falso. Le affermazioni riguardano alcuni aspetti dell’approccio al dolore quali: l’attenzione verso il dolore, l’utilizzo degli analgesici, il dolore nel bambino.

La correttezza delle risposte è stata valutata in base alla loro concordanza con i criteri comunemente riconosciuti dalla comunità medica internazionale (da Visentin, coordin. naz. Campagna)

Operatori coinvolti

GRUPPO A: Medici ed Infermieri operanti nei Distretti Sanitari di base della ASL Salerno 2 e partecipanti al II corso aziendale sulle lesioni da decubito – Anno 2003 (tot. 47);

GRUPPO B: Medici ed Infermieri operanti nei Presidi Ospedalieri della ASL Salerno 2 e partecipanti al III corso aziendale sulle lesioni da decubito – Anno 2003 (tot. 48);

GRUPPO C: Infermieri partecipanti al Corso di aggiornamento “Il ruolo dell’infermiere nel trattamento delle lesioni croniche cutanee” Anno 2004 (tot. 68) organizzato dalla Società Italiana di Formazione Permanente (SIFoP)

Totale questionari somministrati e valutati = 163

Tabella1 : elenco delle domande contenute nel questionario

1. Il paziente con dolore continuo va trattato preferibilmente con analgesici somministrati ad orario fisso piuttosto che al bisogno.
2. Prima di dare una ulteriore dose di analgesico bisogna aspettare che il paziente lamenti dolore.”
3. La via di somministrazione preferibile per gli analgesici narcotici è quella intramuscolare.
4. Quando un paziente richiede quantità crescenti di analgesici per controllare il dolore, significa che sta diventando psicologicamente dipendente da essi.
5. I pazienti che ricevono analgesici narcotici ‘al bisogno’, è normale che assumano un comportamento di continua attesa della dose successiva.
6. Il giudizio più accurato sull’intensità del dolore è quello che ne dà il paziente.
7. Quando un paziente con dolore riceve farmaci analgesici ‘al bisogno’ è normale che li richiederà prima che il dolore ritorni.
8. Il personale sanitario è sempre in grado di cogliere nei bambini segni che indicano la presenza di dolore.
9. Gli analgesici narcotici possono provocare depressione respiratoria, quindi non devono essere usati nei bambini.
10. I bambini piangono sempre, quindi, per essi sono indicate attività di distrazione piuttosto che veri e propri farmaci analgesici.
11. Il dosaggio appropriato di morfina nel paziente con dolore è quello che controlla meglio la sintomatologia; non c’è una dose massima (che, cioè, non può essere superata) per la morfina.
12. Dare al paziente con dolore cronico un placebo è spesso utile per valutare se ha realmente dolore.
13. Per un buon trattamento del dolore tumorale è necessario valutare con continuità nel tempo il dolore e l’efficacia della terapia.
14. I pazienti hanno il diritto di aspettarsi come risultato del trattamento una completa scomparsa del dolore.
15. La mancanza di espressione di sofferenza non significa necessariamente assenza di dolore.
16. La distrazione, ad es. tramite musica o tecniche di rilassamento, può diminuire la percezione del dolore.
17. La valutazione del dolore da parte del medico o dell’infermiere è una valida misura del dolore percepito dal paziente.
18. I pazienti con forte dolore cronico spesso hanno bisogno di dosaggi più alti di analgesici che i pazienti con dolore acuto.
19. Se il paziente (o familiare) riferisce che un analgesico gli sta dando euforia, bisogna dargli una dose minore di farmaco
20. Il 25% dei pazienti che ricevono analgesici a orario fisso diventano farmaco-dipendenti.

Risultati

Abbiamo analizzato le risposte date, cercando di dare un peso alle diverse domande nel tentativo di discriminare tra:

- una conoscenza superficiale del problema,
- una profonda convinzione,

- un'assoluta indifferenza verso il problema dolore.

Il **numero medio** di risposte errate sulle 20 domande del questionario è stato di:

CORSO A	CORSO B	CORSO C	TOTALE
9.1 (43.4%)	9.8 (46.6%)	7.8 (37.0%)	9.3 (44.4%)

Le domande che hanno ricevuto la **maggiore** percentuale di risposte errate (**la risposta errata era vero**) sono state le seguenti domande (**tabella 2**):

Tabella 2- Domande con il più alto numero di risposte errate

	CORSO A	CORSO B	CORSO C	TOTALE
Domanda n° 12 Dare al paziente con dolore cronico un placebo è spesso utile per valutare se ha realmente dolore.	39/47 83.0%	40/48 83.3%	53/68 75.5%	132/163 80 %
Domanda n° 19 Richieste sempre maggiori di analgesici sono segno che il paziente sta diventando farmaco-dipendente.	32/47 68%	44/48 91.7%	53/68 75.7%	132/163 80%
Domanda n° 9 Gli analgesici narcotici possono provocare depressione respiratoria, quindi non devono essere usati nei bambini.	39/47 83%	35/48 72.9%	50/68 71.4%	124/163 75.2%
Domanda n° 4 Quando un paziente richiede quantità crescenti di analgesici per controllare il dolore, significa che sta diventando psicologicamente dipendente da essi.	32/47 68.1%	40/48 83.3	42/68 60%	114/163 69.1%
Domanda n° 18 I pazienti con forte dolore cronico spesso hanno bisogno di dosaggi più alti di analgesici che i pazienti con dolore acuto.	26/47 55.3%	32/48 66.7%	44/68 62.9%	102/163 61.8%
Domanda n° 19 Se il paziente (o familiare) riferisce che un analgesico gli sta dando euforia, bisogna dargli una dose minore di farmaco.	21/47 44.7%	40/48 83.3%	37/68 52.9%	98/163 59.4%
Domanda n° 20 Il 25% dei pazienti che ricevono analgesici a orario fisso diventano farmaco-dipendenti.	30/47 63.8%	36/48 75%	28/68 40%	94/163 57%
Domanda n° 10 I bambini piangono sempre, quindi, per essi sono indicate attività di distrazione piuttosto che veri e propri farmaci analgesici.	28/47 59.6%	26/48 54.2%	38/68 54.3%	92/163 55.8%
Domanda n° 11 Il dosaggio appropriato di morfina nel paziente con dolore è quello che controlla meglio la sintomatologia; non c'è una dose massima (che, cioè, non può essere superata) per la morfina.	33/47 70.2%	20/48 41.7%	35/68 50%	88/163 53.3%
Domanda n° 2 Prima di dare una ulteriore dose di analgesico bisogna aspettare che il paziente lamenti dolore.”	21/47 44.7%	26/48 54.2%	42/68 60%	89/163

Nella **tabella 2** sono elencate le 9 domande che hanno ricevuto la più alta percentuale di risposte errate. Emerge dall'analisi dei risultati come ben 8 di queste, indagano l'area delle convinzioni errate derivanti dalla diffusione di miti e tabù relativi all'uso degli oppioidi. Unica eccezione la “ domanda 11” che invece prevede conoscenze di farmacologia degli oppioidi non richieste alla maggioranza dei partecipanti ai corsi in questione.

Tabella 3: domande che hanno ricevuto il minor numero di risposte errate

	CORSO A	CORSO B	CORSO C	TOTALE
Domanda n° 13 Per un buon trattamento del dolore tumorale è necessario valutare con continuità nel tempo il dolore e l'efficacia della terapia.	7/47 14.9%	2/48 4.2%	2/68 2.9%	11/163 6.67%
Domanda n° 16 La distrazione, ad es. tramite musica o tecniche di rilassamento, può diminuire la percezione del dolore.	4/47 8.5%	1/48 2.1%	7/68 10%	12/163 7.27%
Domanda n° 15 La mancanza di espressione di sofferenza non significa necessariamente assenza di dolore.	4/47 8.5%	3/48 6.3%	11/68 15.7%	18/163 10.9%
Domanda n° 1 Il paziente con dolore continuo va trattato preferibilmente con analgesici somministrati ad orario fisso piuttosto che al bisogno.	1/47 2.1%	0/48 0%	17/68 24.3%	18/163 10.9%

Nella **tabella 3** sono elencate le domande che hanno ricevuto il **minor** numero di risposte errate (**la risposta esatta è vero**)

Occorre immediatamente rilevare, che mentre alla **domanda n° 1** la percentuale di risposte errate è stata molto bassa alla **domanda n° 2** “Prima di dare una ulteriore dose di analgesico bisogna aspettare che il paziente lamenti dolore.” il **46,7%** degli intervistati (con una punta del **60.4%** in un gruppo) ha dato una risposta errata, confermando la convinzione che la risposta esatta alle domande era più intuitiva che frutto di conoscenza specifica.

Le risposte non corrette (**la risposta esatta è vero**) alle domande seguenti (**tabella 4**) evidenziano la difficoltà da parte di molti operatori sanitari di ribaltare il tradizionale rapporto di subordinazione e riconoscere la centralità del malato nella valutazione di un sintomo così soggettivo come il dolore.

Tabella 4: valutazione del sintomo dolore

	CORSO A	CORSO B	CORSO C	TOTALE
Domanda n° 6 Il giudizio più accurato sull'intensità del dolore è quello che ne dà il paziente.	9/47 19.1%	15/48 31.3%	17/68 24.3%	41/163 24.8%
Domanda n° 14 I pazienti hanno il diritto di aspettarsi come risultato del trattamento una completa scomparsa del dolore.	10/47 21.3%	9/48 18.8%	22/68 31.4%	41/163 24.8%
Domanda n° 8 Il personale sanitario è sempre in grado di cogliere nei bambini segni che indicano la presenza di dolore.	9/47 19.1%	27/48 56.3%	20/68 28.6%	56/163 33.9%
Domanda n° 17 La valutazione del dolore da parte del medico o dell'infermiere è una valida misura del dolore percepito dal paziente.	9/47 19.1%	18/48 37.5%	36/68 51.4%	63/163 38.2%

L'associazione di questa difficoltà con l'elevata percentuale di risposte errate alle domande che riguardano i bambini (domanda n° 8 (33.9%), n° 9 (75.2%) e n° 10 (55.8%)) fa comprendere come la situazione sia peggiore proprio per chi non riesce ad esprimere adeguatamente la propria sofferenza: appunto i bambini, i vecchi, i cerebropatici.

La non esistenza di protocolli per il trattamento del dolore in condizioni particolari e complesse come le lesioni croniche cutanee e di conseguenza il limitato approfondimento delle modalità di somministrazione degli analgesici oppioidi e non da ragione dell'elevata percentuale di risposte errate alle domande (**la risposta esatta è falso**) che seguono (**tabella 5**).

Tabella 5: tempi e modalità di somministrazione degli analgesici

Domanda n° 3				
La via di somministrazione preferibile per gli analgesici narcotici è quella intramuscolare.	28/47 59.6%	25/48 52.1%	18/68 25.7%	71/163 43.0%
Domanda n° 5				
I pazienti che ricevono analgesici narcotici 'al bisogno', è normale che assumano un comportamento di continua attesa della dose successiva.	24/47 51.1%	10/48 20.8%	41/68 58.6%	75/163 45.5%
Domanda n° 7				
Quando un paziente con dolore riceve farmaci analgesici 'al bisogno' è normale che li richiederà prima che il dolore ritorni.	24/47 51.1%	18/48 37.5%	40/68 57.1%	82/163 49.7%

Conclusioni

L'analisi delle risposte fornite ci conferma che vi sono molte opinioni irrazionali ed infondate ma ben radicate che, unitamente a carenze culturali ed alla mancanza di una prassi del trattamento del dolore, ostacolano un'adeguata presa in carico del malato affetto da sintomatologia dolorosa importante. La rilevazione di questa difficoltà ci fa ritenere che una percentuale rilevante di pazienti soffre di un dolore che potrebbe essere evitato, a dispetto della considerazione che, al giorno d'oggi, il dolore potrebbe essere controllato efficacemente nel 90% dei casi.

Bibliografia

1. M. Visentin: Verso un ospedale senza dolore. Un progetto ed una campagna per il miglioramento dell'assistenza sanitaria. – 1999
2. Visentin, Trentin, De Marco, Zanolin. Verso un ospedale senza dolore: rapporto sull'indagine italiana. – 2001
3. Wound Pain Management Model: La gestione del dolore nelle lesioni: un approccio interdisciplinare basato su casi clinici. – Helios III/IV 2003
4. Ewma -Consensus Document:Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. 2004.
5. Ewma:Dolore in sede di cambio di medicazione- Documento di posizione – Pisa 2003