

Ospedale senza dolore

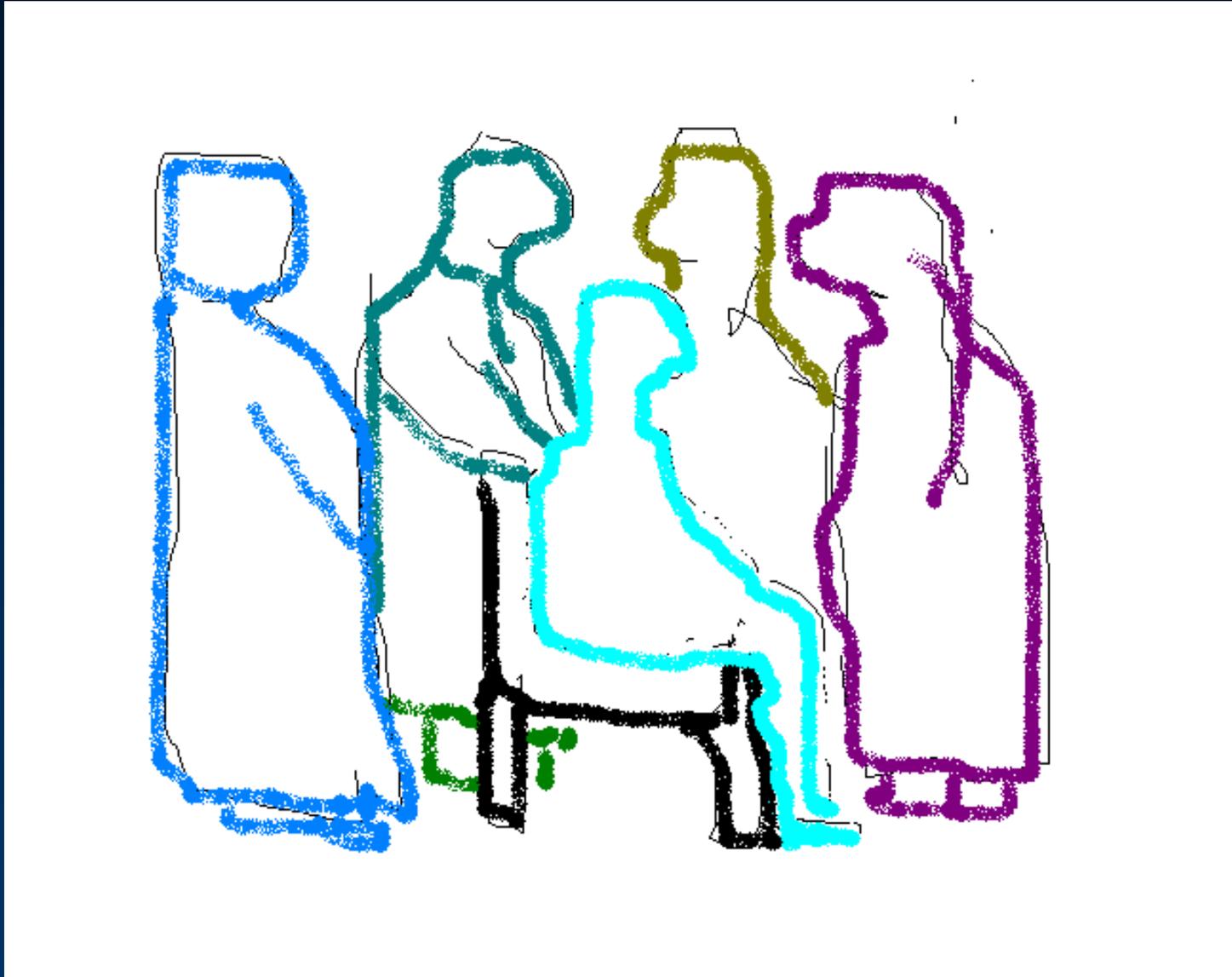
La gestione del dolore in ospedale e i bisogni del malato

# I percorsi, le criticità, le soluzioni in area oncologica

Andrea Angelo Martoni

UO. Oncologia Medica  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna  
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Bologna, 22 Maggio 2008



# Il paziente “al centro”

- Approccio multidisciplinare
- Percorso diagnostico-terapeutico
- Continuità assistenziale

## 2 percorsi clinici molto diversi

- Il paziente in trattamento adiuvante  
(prospettiva → la guarigione)
- Il paziente con malattia avanzata  
(prospettiva → vince la malattia)

**Il dolore è il sintomo più temuto  
da pazienti e familiari**

# Prevalenza del dolore oncologico

- 48% nei pazienti con tumore indipendentemente dallo stadio
- 74% nei pazienti con tumore in fase avanzata

J. Heran and I Higginson's systematic review in *Bruera and Porteroy Cancer Pain (Bruera ED, 2003)*.

# Incidenza dolore in Oncologia (all'ingresso)

<i>Setting assistenziale</i>	<i>Incidenza</i>
Ospedale: Degenza ordinaria	41%*
Ospedale: Day Hospital	?
Assistenza domiciliare	35% / 65%°
Hospice	59% <sup>^</sup>

° dati UO Onc.Med. S.Orsola-Malpighi – Bologna; \* dati ANT: a Bologna e a Taranto;

<sup>^</sup> dati Hospice “Seragnoli” Bentivoglio

# Il dolore oncologico in ospedale: criticità

- Persistenza di pregiudizi
- Scarsa priorità e sottostima
- Mancata/scarsa integrazione interprofessionale ed interspecialistica
- Problemi di continuità assistenziale intra- ed extra-ospedaliera

# Alcuni pregiudizi su cancro e dolore

- Il dolore da cancro è incurabile
- L'uso di morfina significa imminenza della morte

# Le “paure” nell’uso degli Oppiacei

- la “dipendenza” fisica e psicologica

*Scarsa rilevanza nel contesto clinico*

*(tossicodipendenza in 4 casi/12000; ridurre gradualmente la dose per evitare sintomi di astinenza)*

- la “tolleranza”

*Scarsa rilevanza nel contesto clinico*

- la depressione respiratoria

*rischio molto ridotto con titolazione corretta e per via orale*

# Il dolore oncologico in ospedale: criticità

- Persistenza di pregiudizi
- Scarsa priorità e sottostima
- Mancata integrazione interprofessionale ed interspecialistica
- Problemi di continuità assistenziale intra- ed extra-ospedaliera



# Concordanza tra autovalutazione (VAS) e valutazione infermieristica del dolore (dip. Oncol. & Ematol. AO-U di Bologna)

**MEDIA VALORI  
5 GIORNI**

**2002**



# Continuità assistenziale

- Ospedale
- Medico di medicina generale
- Assistenza Domiciliare integrata (MMG e Associazioni di volontariato)
- Hospice

# Dolore oncologico in ospedale: Soluzioni

- Formazione del personale
- Misurazione e Monitoraggio
- Integrazione delle competenze

# Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) AOU di BO - Policlinico S.Orsola-Malpighi

## Dolore cronico oncologico

- 1° Corso di Formazione Infermieri Dip. Onc. & Ematol. (2002)
- Impiego sistematico della VAS nei reparti di Degenza ordinaria
- Documento di linee-guida

# Il dolore oncologico

“il malato con dolore”

VS.

“dolore come malattia”

# Il trattamento multidisciplinare del dolore oncologico

- Terapia antitumorale
- Farmaci analgesici
- Radioterapia
- Procedure anestesilogiche
- Farmaci adiuvanti
- Altre procedure

# Ricerca e Monitoraggio sistematico del dolore oncologico

Somministrazione del VAS ogni 12 ore (alle ore 8 e 20) in tutti i pazienti ricoverati nel reparto di Degenza Ordinaria di Oncologia Medica da parte dell'infermiere di turno (contestualmente al rilievo della temperatura e al "giro" della terapia) (2003)

# Studio di Fattibilità

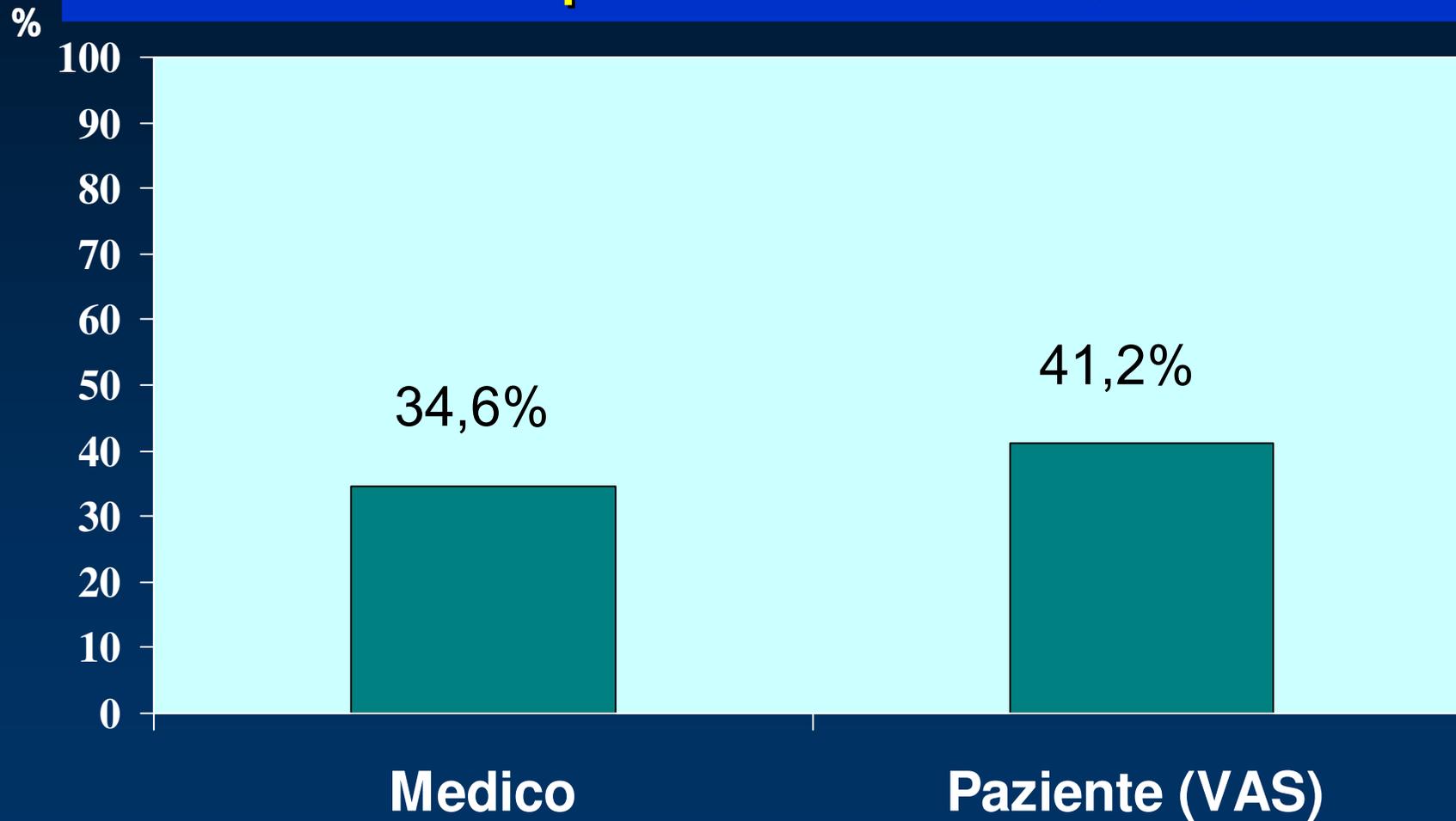
Audit delle cartelle cliniche  
nel periodo 1 gennaio – 30 giugno 2003

- 223 primi ricoveri

211 (94.6%) cartelle contenevano il punteggio VAS durante tutto il periodo di ricovero

12 (5.4%) cartelle non riportavano o riportavano in modo incompleto il punteggio VAS

# Prevalenza del dolore nella pratica clinica (n= 211)

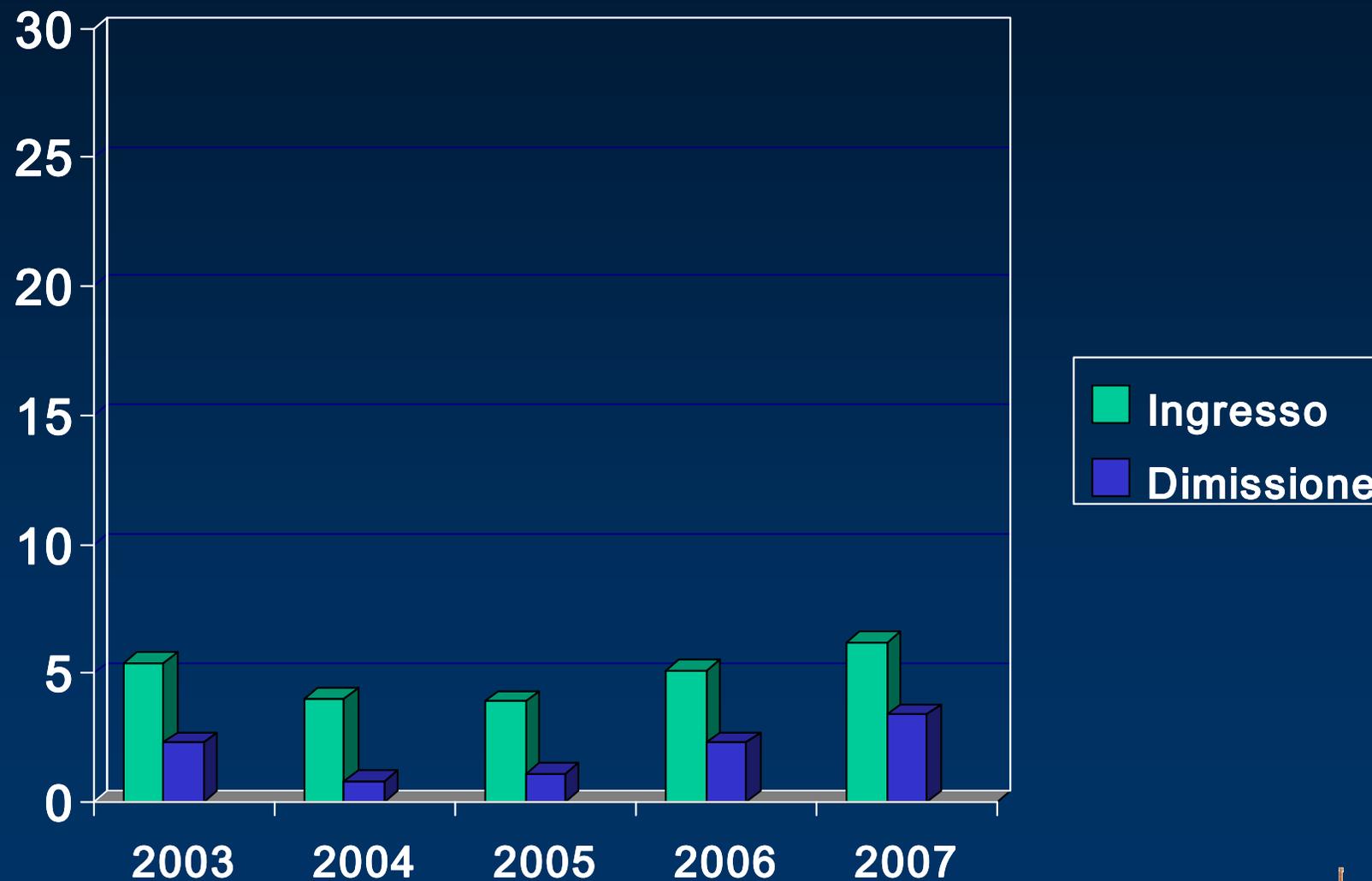


## Punteggio medio della VAS \* all'ingresso in degenza ordinaria (Onc. Med.)



\* dal 2007 NRS

## Percentuale di pazienti con VAS\* $\geq 5$ all'ingresso e alla dimissione (degenza media 6 gg.)



\* dal 2007 NRS

## Dallo studio di fattibilità alla pratica clinica

- Il monitoraggio sistematico con VAS dei pazienti ricoverati in regime di degenza ordinario è fattibile ed è diventato una procedura standard del lavoro infermieristico.
- Scheda dolore unica Medico-Infermiere

# VAS vs NRS (registrazione 1-10 sett. 06)

<b>Tot. valutabili</b>	<b>167</b>
<b>Coincidenza</b>	<b>112 (67%)</b>
<b>Variazioni 1 punto</b>	<b>36 (22%)</b>
<b>Variazioni 2 punti</b>	<b>19 (11%)</b>

**Dal 1.1.2007 è stata adottata la scala NRS per il monitoraggio infermieristico del dolore**



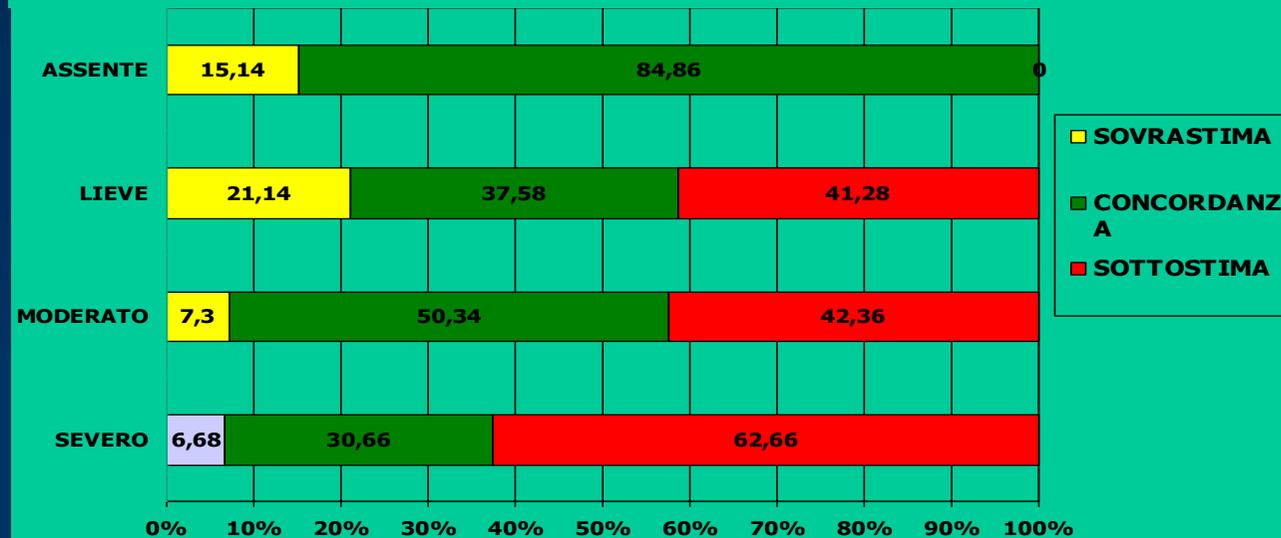
# Concordanza tra autovalutazione (VAS) e valutazione infermieristica del dolore (dip. Oncol. & Ematol. AO-U di Bologna)

**MEDIA VALORI  
DI 5 GIORNI**

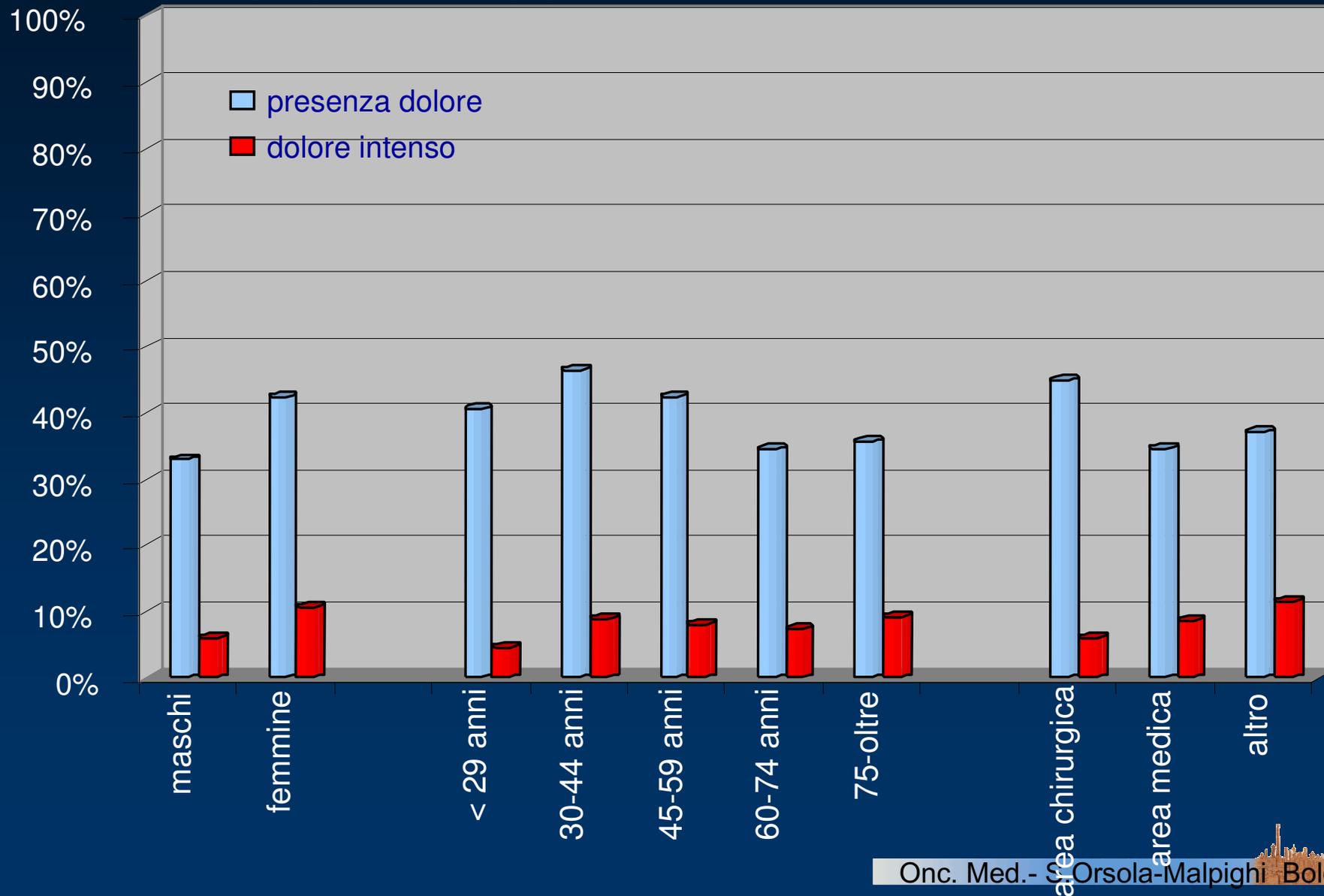
**2002**



**2007**



# Indagine sul dolore al Policlinico S.Orsola-Malpighi (maggio 2002) – (dati prof. R. Melotti)



# Azienda O-U di Bologna

## Il dolore oncologico - Formazione

- 2° Corso di Formazione Medici-  
Infermieri 2008-2009

(3 Dipartimenti: Medicina Interna (2) e di Onc.&  
Emat. - 800 infermieri , 200 Medici)

# Controllare il dolore oncologico nella pratica clinica

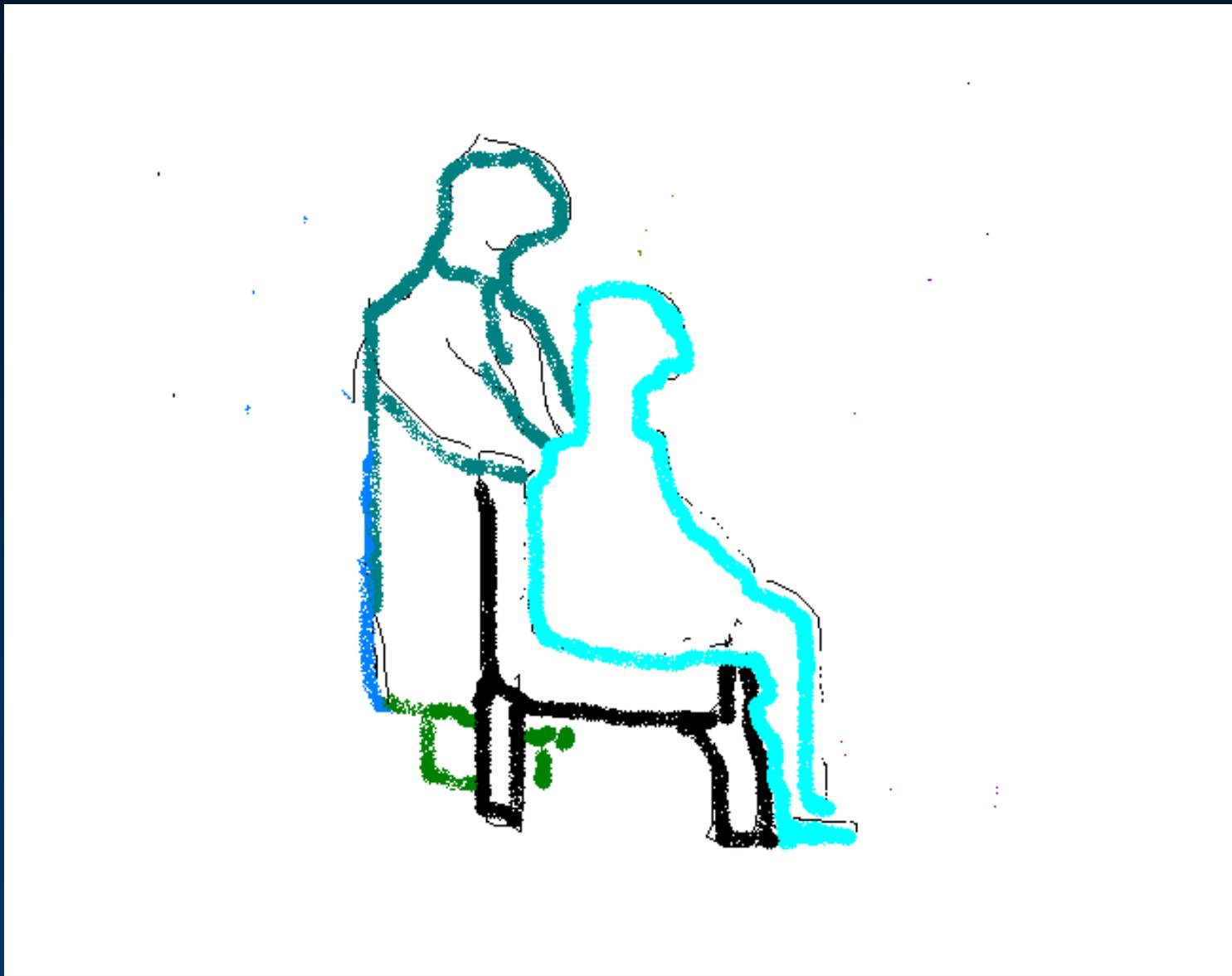
Cercarne la presenza

Interpretarne le cause

Monitorarne l'intensità

Trattarlo adeguatamente

fine



# Finalità del trattamento

- Aumentare la sopravvivenza
- Migliorare la Qualità di vita e/o ritardarne il deterioramento (sintomi, PS, effetti collaterali)

# Quando la sopravvivenza è l'obiettivo principale

## Significatività statistica e significatività clinica

*Progressi.* Colon-retto vs NSCLC  
nel primo caso la sopravvivenza mediana è aumentata di circa 12 mesi; nel secondo di 3 mesi

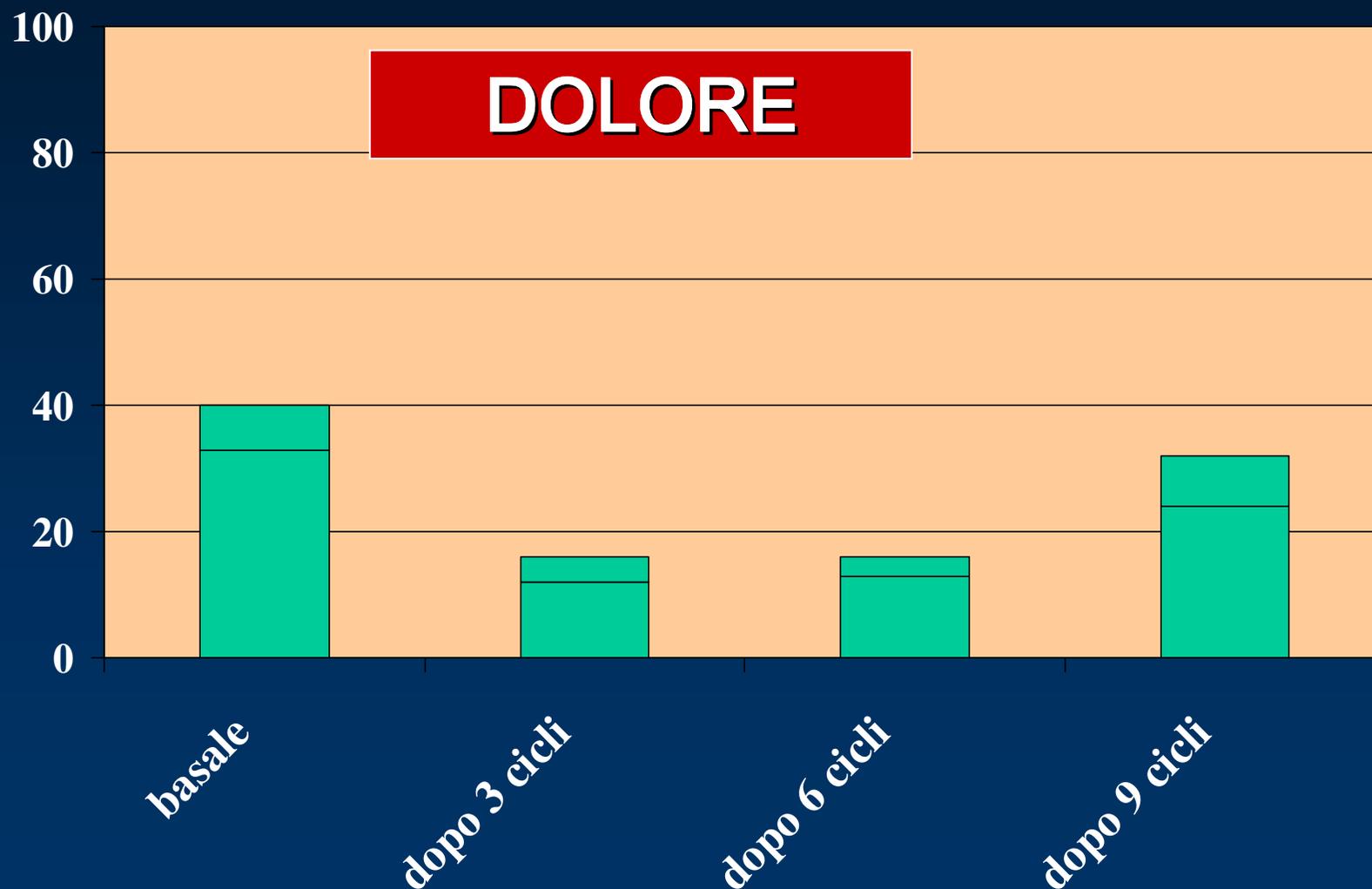
# Quando la sopravvivenza è l'obiettivo principale

## approccio strategico

Pianificazione della sequenza dei trattamenti per ogni singolo paziente;

- Mammella (prima antracicline, poi Taxani)
- Colon-retto (utilizzare al meglio FU/AF, Oxa, Iri)
- Ovaio (platino-sensibilità/resistenza)

# Variazioni dei sintomi durante la CT per ca. colo-rettale metastatico (FOCA trial)



**“The last Chemotherapy”  
in the Bologna area.  
2003-2005**

## “The last Chemotherapy”

---

Patients screened	793
Median Age (range)	73 (22-103)
Men/Women	56%/ 44%
Causes of death	
Tumor	747 (94,2%)
Toxicity	5 (0,7%)
Other causes	27 (3.6%)
Unknown	14 (1.9%)
Patients who had received CT for advanced disease	445 (56.1)

---

## “The last Chemotherapy”

---

Pts with last CT in the  
last 30 days of life.

---

101 (22.7%)

# “The last Chemotherapy”

---

Pts with last CT in the last 30 days of life. 101 (22.7%)

---

**Age: median (range)** 69 (22-84)  
< 65 yrs / ≥ 65 yrs 30.7% / 69.3%

**KPS: Median (range)** 70 (40-100)  
70-100/< 70 / NA 60.4%/8.9%/30.7%

## Primary tumor

Lung 40.6%

Colo-rectal 16.8%

Breast 4%

Others 38.6%

# “The last Chemotherapy”

---

Pts with last CT in the last 30 days of life. 101 (22.7%)

---

## CT sensitivity

High	14.9%
Intermediate	71.2%
Low	13.9%

## Line of CT

1st	56.4%
2nd-3 <sup>rd</sup> / <sup>&gt;</sup> 3 <sup>rd</sup> /NA	33.7% / 8.9% / 1.0%

## Number of cycles

1 / 2-3 / >3	25.7% / 39.6% / 34.7%
--------------	-----------------------

---

# Studio Prospettico

## USO APPROPRIATO DELLA CHEMIOTERAPIA NEI TUMORI SOLIDI IN FASE AVANZATA

<u>PRINCIPALE</u> MOTIVAZIONE AL TRATTAMENTO (una sola risposta)	MOTIVAZIONE <u>SECONDARIA</u> AL TRATTAMENTO (possibili anche più risposte)
<input type="checkbox"/> PROLUNGARE LA SOPRAVVIVENZA <input type="checkbox"/> MIGLIORARE I SINTOMI DELLA MALATTIA <input type="checkbox"/> MANTENERE LA CONTINUITA' TERAPEUTICA <input type="checkbox"/> RICHIESTA DEL PAZIENTE <input type="checkbox"/> RICHIESTA DEI PARENTI <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PROLUNGARE LA SOPRAVVIVENZA <input type="checkbox"/> MIGLIORARE I SINTOMI DELLA MALATTIA <input type="checkbox"/> MANTENERE LA CONTINUITA' TERAPEUTICA <input type="checkbox"/> RICHIESTA DEL PAZIENTE <input type="checkbox"/> RICHIESTA DEI PARENTI <input type="checkbox"/> _____

O. S. P.

0 – 3 mm

3 – 6 mm

6 – 12 mm

> 12 mm

# Quando la sopravvivenza è l'obiettivo principale

Il peso delle linee di terapia successive alla prima

---

- Mammella (es. Cape + Docetaxel > Docetaxel,)
- Colon-retto (IRI > BST, IRI > 5-FU)
- Polmone NSCLC (Docetaxel > BST, Erlotinib > BST)

# Buone nuove nella CT del carcinoma prostatico ormonorefrattario

---

1006 pazienti

---

Sopravvivenza (mesi)

---

•Taxotere 75 mg/mq/21 gg

18.9\*

•Taxotere 30 mg/mq/sett x 5/6

17.4

•Mitoxantrone

16.5\*

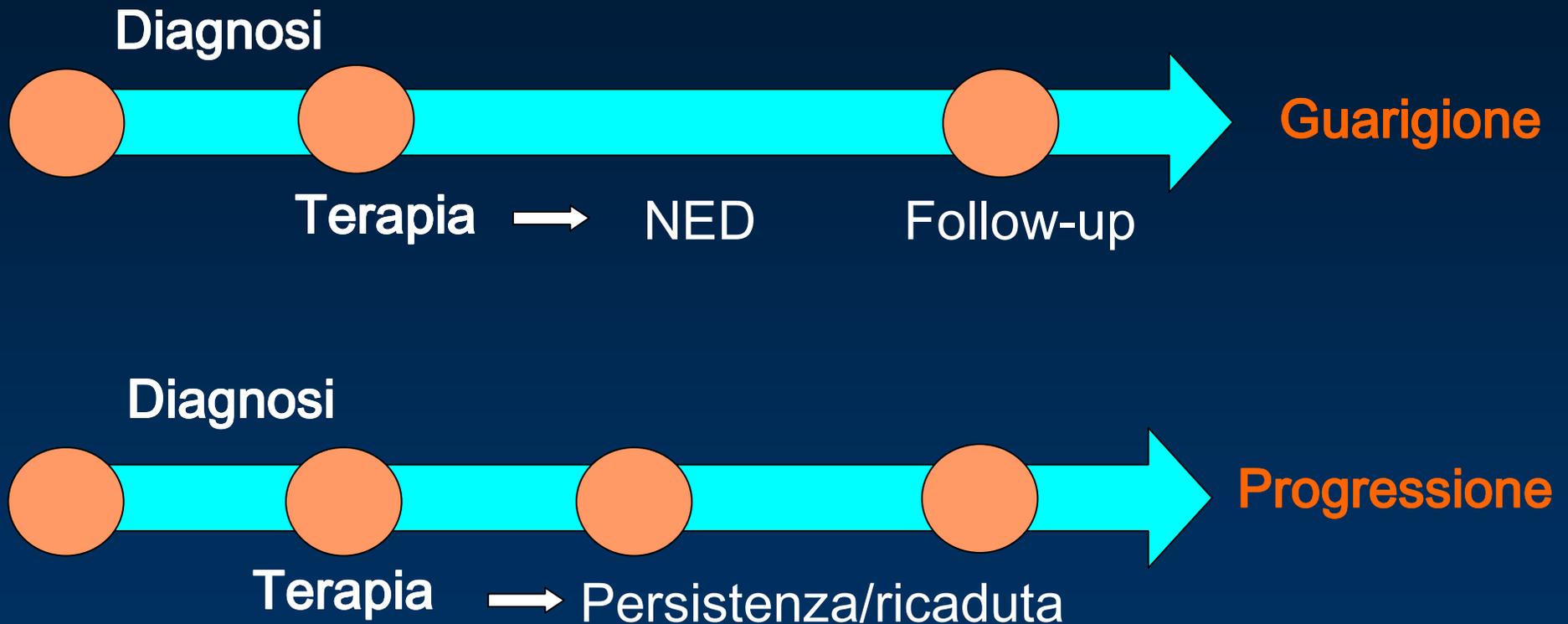
(in tutti + Prednisone 10 mg/die)

---

\* P = .009

Tannock et Al. NEJM 2004

# 2 percorsi clinici molto diversi



# Inquadramento prognostico alla diagnosi

**favorevole**

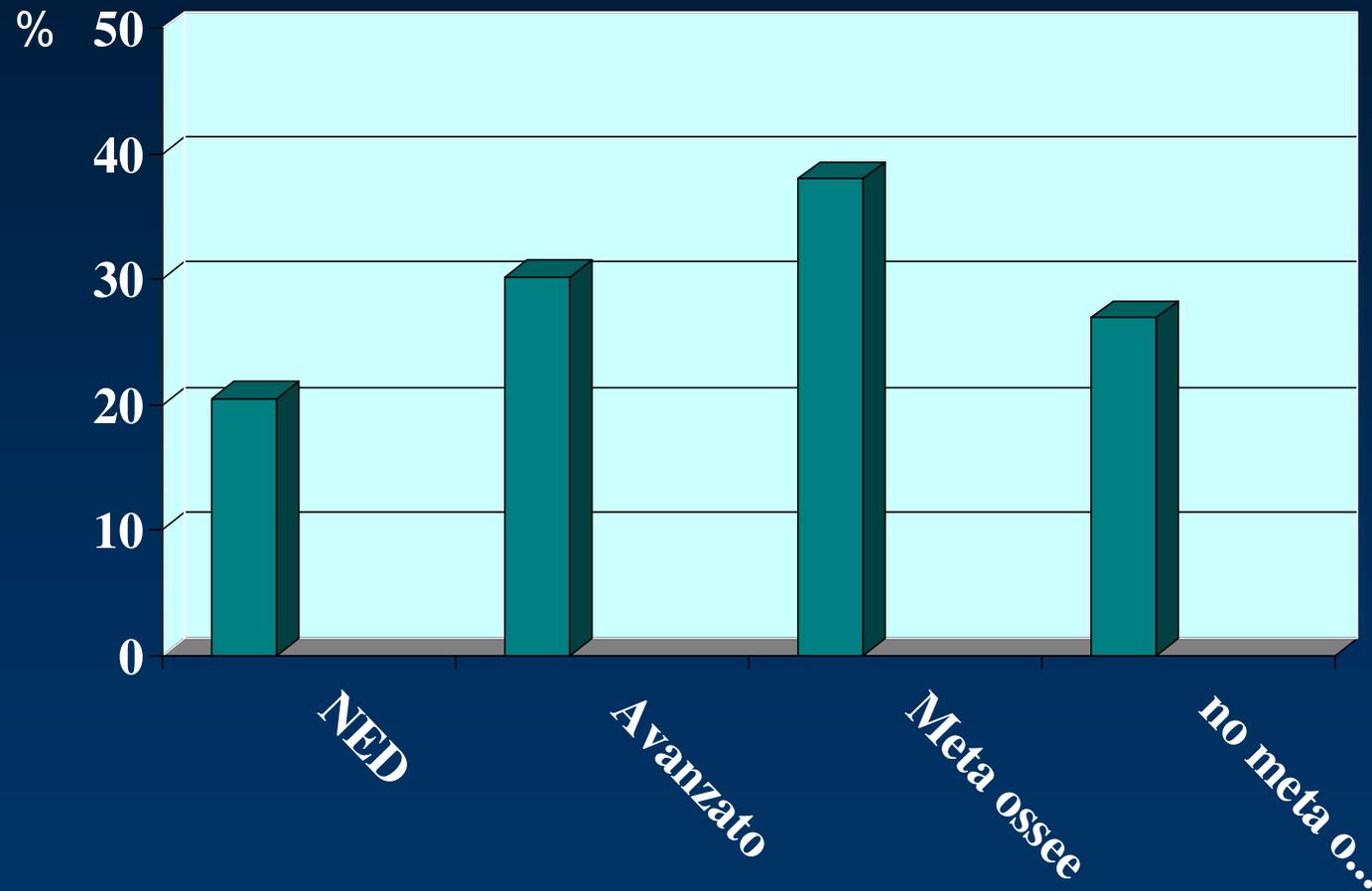
**Incerto**

**sfavorevole**

## VAS all'ingresso

	media	N.	%
Totale	1.02	211	100
VAS 0		151	71.6
VAS $\geq 1$	3.4	60	28.4
1 - 3		39	18.5
4 - 6		15	7.1
7 - 10		6	2.8

# Distribuzione del VAS $\geq 1$



NED: non evidenza di malattia