

Con il patrocinio di:



Città di Asiago



# Prendersi cura nel Fine Vita

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE  
NELLA GESTIONE DEL DOLORE  
NEL FINE VITA

A cura di:  
dott.ssa Elisabetta De Luca

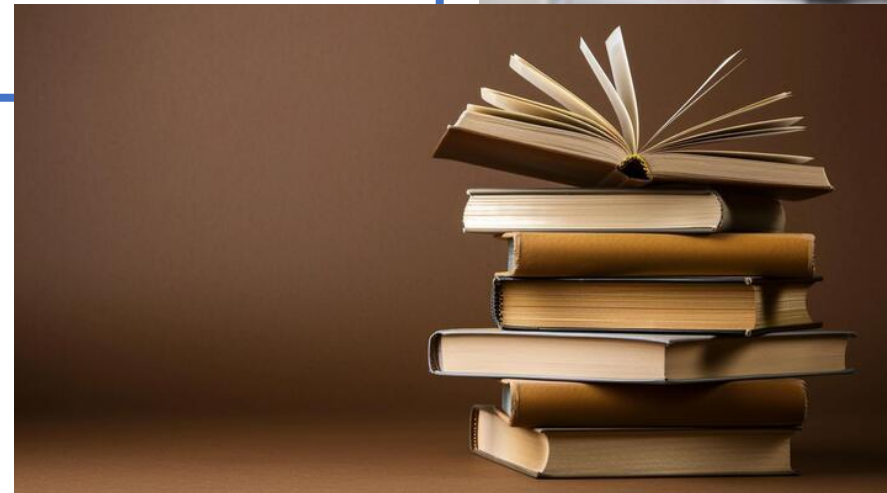
Con il contributo non  
condizionante di:



## **FONTI:**

procedura aziendale ulss7 dell'UOC cure palliative sulla prevenzione, diagnosi e trattamento dei sintomi in cure palliative.

DGR 553 del 2018: approvazione del percorso integrato di cure (PIC) a supporto della rete di cure palliative



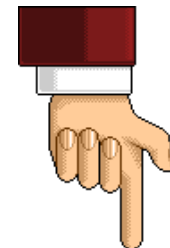
## DEFINIZIONE DI DOLORE:

La IASP (International Association for the Study of Pain - 1986),  
con approvazione dell'OMS, definisce il dolore come

**"un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata  
a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno".**

- L'OMS ha stabilito che il 60-80% di malati oncologici prova dolore, definito come **totale**
- La percentuale di anziani che soffre di dolore cronico varia dal 25% al 50% per coloro che vivono a casa e sale al 45/80% per gli anziani istituzionalizzati, con stime che raggiungono il 87/90% in alcuni contesti (pain nursing magazine 2026)

**E' IL SINTOMO PIU' SOGGETTIVO E  
SPESSO VIENE SOTTOSTIMATO**

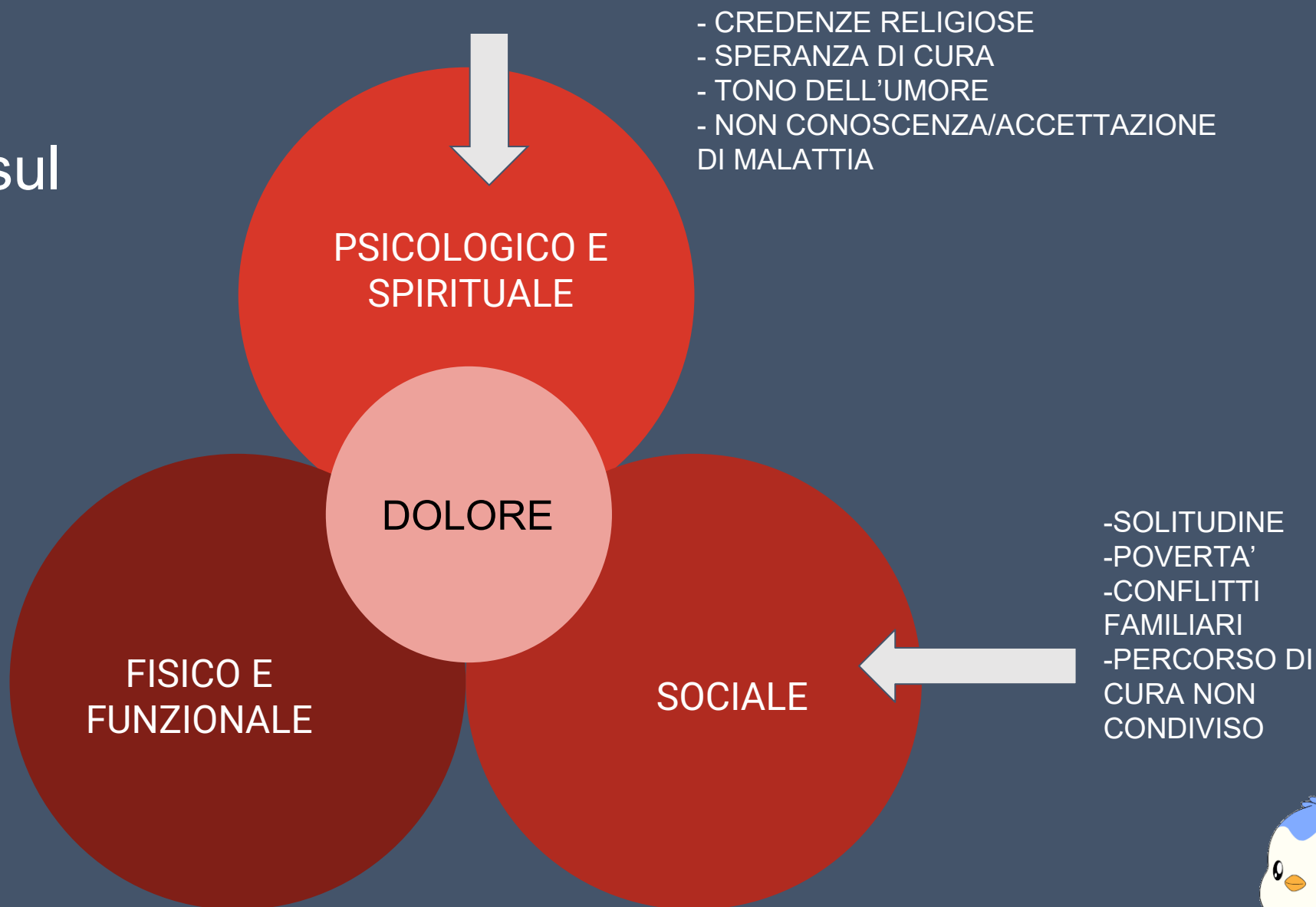


## PARAMETRI VITALI: il sesto elemento!

- PAO
- FC
- SPO2
- TC
- glic
- dolore



SAPER  
OSSERVARE:  
cosa influisce sul  
dolore?



## TIPOLOGIE DI DOLORE:

NOCICETTIVO: origina da strutture somatiche o viscerali

NEUROPATICO: da strutture nervose centrali o periferiche

POSSONO ESSERE PRESENTI ENTRAMBI E ASSOCIATI AD UN DOLORE DI TIPO PSICOGENO

COSA VEDIAMO:  
agitazione, disturbi del sonno, depressione,  
difficoltà motorie



## CAUSE E CARATTERISTICHE

### Dolore neuropatico:

- presenza di una nota patologia neurologica (ictus, emorragie cerebrali, zoster, parkinson, sclerosi o diabete...)
- il dolore, spesso, coincide con l'innervazione di un territorio
- determina scosse, formicolii, bruciore, spilli, ma anche dolore mal definito.

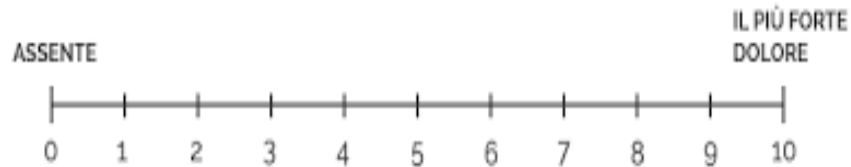
### Dolore nocicettivo:

- deriva dal danno reale ai tessuti (traumi, infiammazioni, lesioni cutanee, ipomobilità muscolare)
- viene descritto nel punto di origine del dolore
- si presenta come dolore acuto, localizzato, sordo, pulsante.

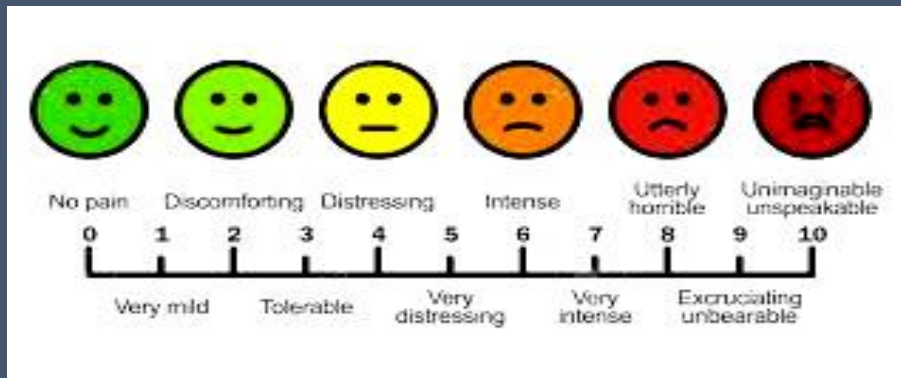


## SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS) DEL DOLORE

Indicare con una crocetta su questa scala quanto è forte il dolore.



## Scala di Wong-Baker



## PAINAD

Pain Assessment in Advanced Dementia (Warden, 2003)

**TABELLA 1: La scala PAINAD.**

INDICATORI	0	1	2
<b>Respirazione</b>	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea
<b>Vocalizzazione</b>	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti
<b>Espressioni del volto</b>	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie
<b>Linguaggio del corpo</b>	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire
<b>Consolazione</b>	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca rassicurazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione
	<b>0-1</b> <i>Dolore assente</i>	<b>2-4</b> <i>Dolore lieve</i>	<b>5-7</b> <i>Dolore moderato</i>
			<b>8-10</b> <i>dolore severo</i>

## CAUSE ORGANICHE:

- oncologiche
- malattie degenerative /neurologiche
- patologie muscoloscheletriche (artrosi, fratture)
- allettamento
- lesioni cutanee -cachessia
- malattie metaboliche (diabete) che portano a neuropatia e arteriopatia

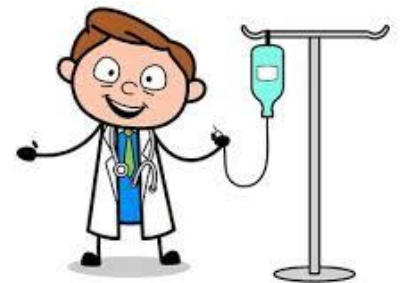
## CAUSE NON ORGANICHE

(causano una diversa percezione del dolore):

- sindrome depressiva/a, patologie psichiatriche
- decadimento cognitivo
- sensibilità soggettiva ed emotività



**COMORBIDITA'**

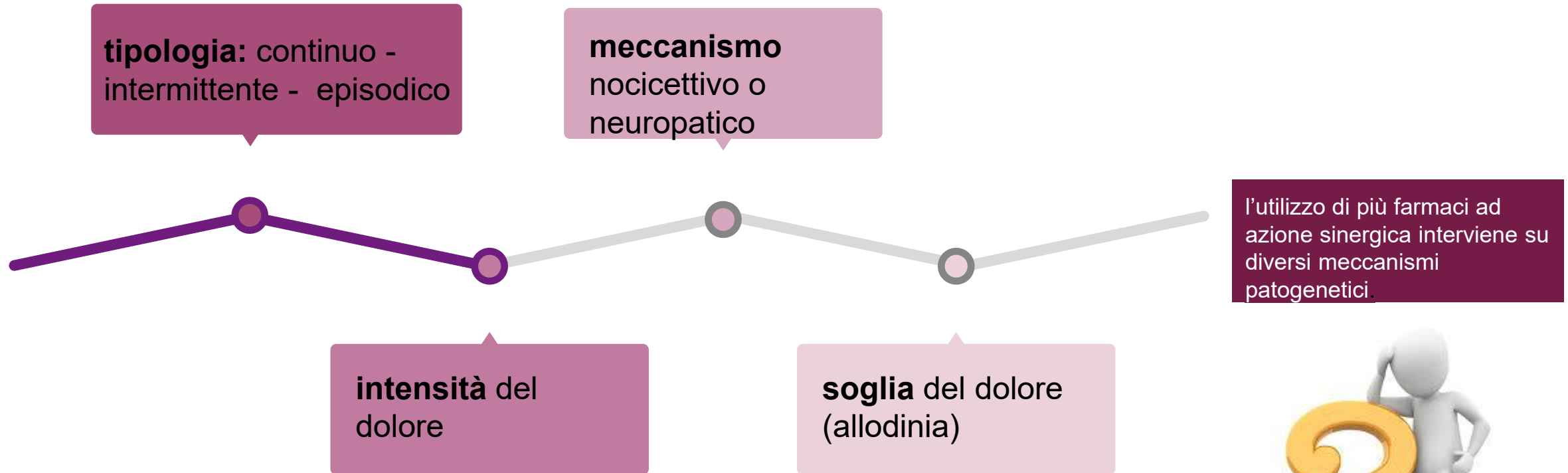


## DURATA DEL DOLORE:

- continuo (cronico)
- episodico (imprevedibile)
- scatenato da una causa (es una medicazione):  
prevedibile
- dolore da fine dose, compare prima della dose  
successiva



## COME SCEGLIERE?

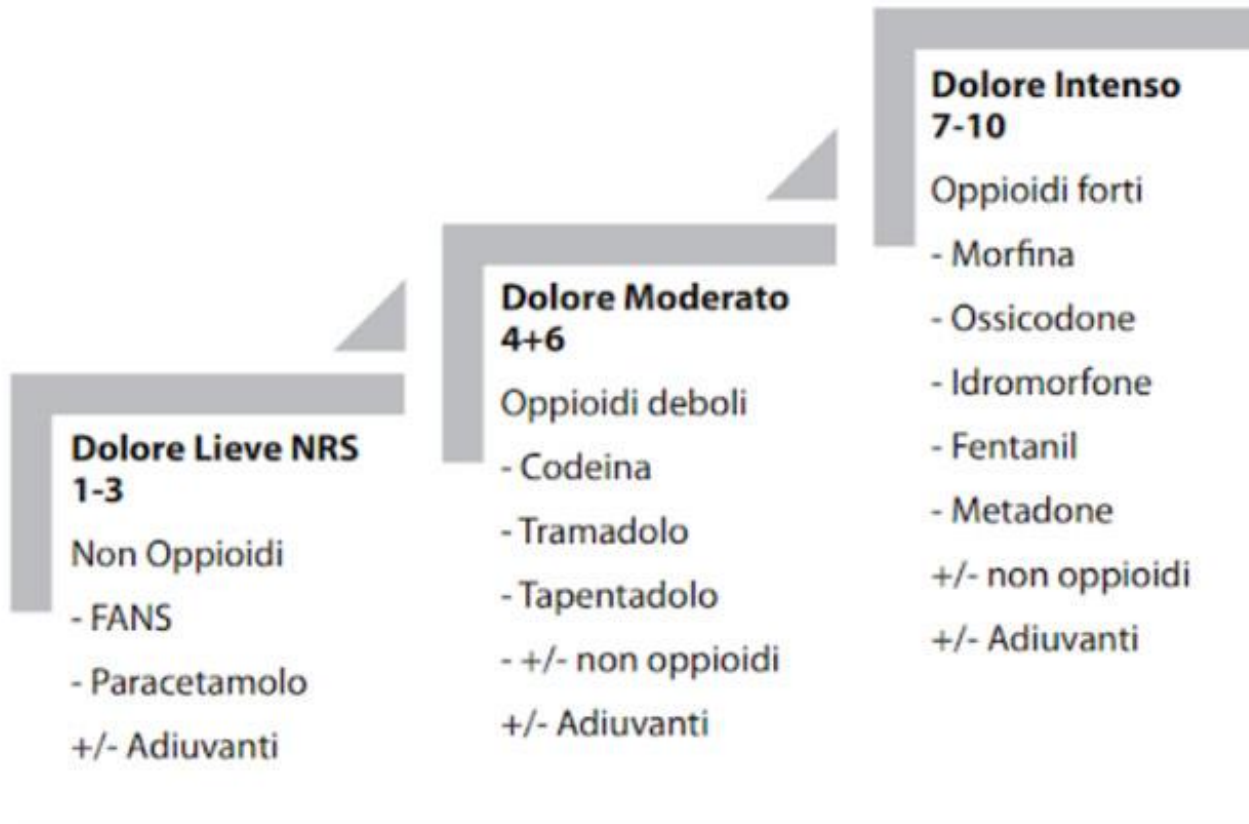


# QUANDO SCEGLIERE → DOMANDA SORPRENDENTE!

saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i 12 mesi?



# TRATTAMENTO DEL DOLORE NOCICETTIVO: scala analgesica OMS



**QUALCHE INFORMAZIONE UTILE:**

**PRIMO STEP:** paracetamolo (il più utilizzato), negli anziani limitare FANS per rischio emorragico, IRC, comorbidità.

**SECONDO STEP:** es paracetamolo/codeina (poco compatibile con morfina) o tramadolo (facili effetti collaterali) o buprenorfina (non compatibile con dosaggio rescue di morfina, ok per dolore cronico ma ha effetto tetto).

**TERZO STEP:** MORFINA, FENTANYL, METADONE, OSSICODONE non effetto tetto



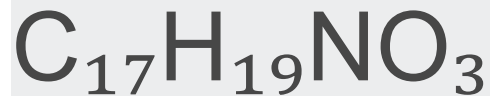
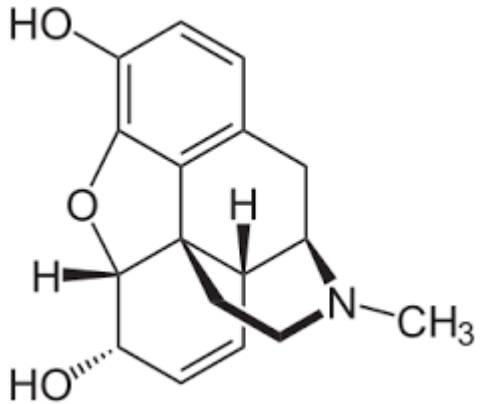
## PERCORSO DI CURE CONDIVISO:

- consapevolezza
- miglior copertura del dolore
- miglior controllo della componente emotiva
- maggior tranquillità per il paziente (evitiamo PS)
- miglior qualità di vita

## MORFINA: AGONISTA PURO SELETTIVO DEI RECETTORI MU

Agisce a livello del SNC e periferico  
Crea analgesia.

**UTILIZZO:** Per pazienti naive, si utilizza oramorph 5 mg ogni 4 ore con doppia dose serale e con 5 mg al bisogno = 30 mg/die per os che corrispondono a 1 fl. ev. Se il dolore non è coperto si aumenta di 2.5 mg ad ogni somministrazione. Calcolata la dose giornaliera assunta, si utilizza morfina a lento rilascio oppure ossicodone.



**GLI OPPIOIDI NON HANNO EFFETTO TETTO**  
Possono creare tolleranza (adattamento neurologico per downregolazione recettoriale con necessità di aumento della dose o riduzione di intervallo di copertura) → valutare la rotazione degli oppioidi

Puo' essere usata assieme al paracetamolo

## **FENTANYL:**

- non è la prima scelta nel paziente naive
- il cerotto non controlla il dolore episodico intenso (preferibili formulazioni spray o cp)
- utile per pazienti che non degutiscono
- ok per dolore stabile o cronico
- evitare nei pazienti cachettici per ridotto assorbimento

## **BUPRENORFINA:**

- non in fase di titolazione
- alta affinità per recettori mu e lenta dissociazione dal recettore
- non raccomandata nei pazienti oncologici per chè è un agonista parziale, viene spiazzata da somministrazione rescue di morfina, ha dosaggio tetto (aumentando la dose non aumenta l'analgesia)
- ok per dolore cronico di tipo artrosico

## ROTAZIONE DEGLI OPIOIDI

### **sostituire un oppioide con un altro della medesima categoria**

- quando compaiono effetti collaterali da oppioide, o il dolore non è ben coperto
- non sostituire un oppioide forte con uno debole
- per sostituire la buprenorfina, devo attendere 12-24 h prima di passare a fentanyl perchè agonista parziale del recettore  $\mu$
- possono essere usate vie di somministrazione diverse
- nello switch iniziare con un valore del 30-50 % rispetto a quello riportato nella tavola di conversione per la tolleranza crociata incompleta (variabilità della comparsa di tolleranza ed effetti collaterali tra 2 oppioidi diversi)



## TABELLA DI CONVERSIONE DEGLI OPIOIDI

Codeina (mg)	Tramad. (mg)	Bup TTS Mcg/h	Fen TTS Mcg/h	Ossicod. (mg)	Idrom. (mg)	Met. (mg)	Mor Os (mg)	Mor F. (mg)
120	300		12	15	6		30	10
240	300	35	25	30	12	15	60	20
		52,5		45	18		90	30
		70	50	60	24	20	120	40
			75	90	36		180	60
			100	120	48		240	80
							30	300



# BREAKTHROUGH PAIN

**aumento transitorio del dolore in pazienti con dolore ben controllato:  
solitamente in pazienti oncologici**

- somministrare una dose al bisogno con morfina a immediato rilascio (oramorph o morfina sc), somministrando il 20% della dose giornaliera assunta
- oppure fentanil transmucosale (partendo dalla dose più bassa disponibile: effentora 100 mcg cp o pecfent 100 mcg/puff).



## RICONOSCERE GLI EFFETTI COLLATERALI DEGLI OPPIOIDI:

- nausea, vomito, stipsi (utilizzo PAMORA)
- xerostomia, ritenzione urinaria con spasmi vescicali, ipotensione posturale
- sonnolenza, allucinazioni,
- depressione respiratoria (no se vengono dati i dosaggi giusti)
- prurito
- sedazione
- sudorazione
- spasmo dello sfintere di oddi → fa molto male



## DOLORE DI TIPO NEUROPATICO

- amitriptilina
- carbamazepina
- duloxetina
- venlafaxina
- gabapentin
- pregabalin

Si possono associare paracetamolo e oppioidi

possono dare irritabilità, nausea, insonnia/sonnolenza, confusione, vertigini



## FARMACI COADIUVANTI: farmaci che ci aiutano nel dolore

### CORTISONE:

compressioni nervose, neoplasie cerebrali o sindrome vena cava, o dolore osseo.

### ANTISPASTICI:

dolore addominale o secrezioni alte vie respiratorie

### BISOSFONATI:

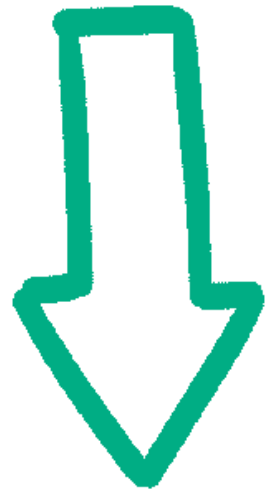
metastasi ossee

### ANTIDEPRESSIVI E ANTICONVULSIVANTI:

dolore di tipo neuropatico e nel prurito

ANTISPICOTICI: antinausea  
(aloperidolo)





LA TERAPIA NON  
E' SOLO  
FARMACOLOGICA

OSSERVA E VALUTA



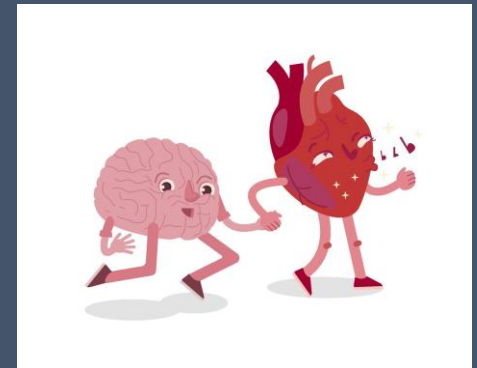
COMPRENDI



COMUNICA



AGISCI



ASSISTENZA DI BASE  
ASSISTENZA INFERMIERISTICA  
SUPPORTO PSICOLOGICO AL PAZIENTE



FARMACI



**LA GESTIONE  
DEL  
DOLORE**



LUOGO DI  
CURA  
ADEGUATO



SUPPORTO DEI FAMILIARI E AI  
FAMILIARI (CONSAPEVOLEZZA)

## SCALE DI VALUTAZIONE PER INFERMIERI:

ESAS-r: scala di rilevazione dei sintomi

IPOS: strumento per pianificare le cure e per misurare gli esiti degli interventi di cure palliative

PPS/Karnofsky: rileva stato funzionale

NECPAL: bisogno di cure palliative

fondamentali per il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

# PILASTRI PER UN BUON SUCCESSO





## Prendersi cura nel Fine Vita

"Così come si provocano o si esagerano i dolori dando loro importanza, nello stesso modo questi scompaiono quando se ne distoglie l'attenzione" – [Sigmund Freud](#)