

Progetto Acute-Pain Service

proposta di attivazione di un servizio di terapia antalgica post-operatoria

Pietro Maglio

Dirigente Medico Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica
Dipartimento Emergenza Urgenza Accettazione - Unità Operativa Complessa Di Anestesia
Rianimazione Terapia Intensiva
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA “Renato Dulbecco”, Catanzaro
E-mail: pietromagliomd@gmail.com

Maria Laura Guzzo

Dirigente Medico Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica
Dipartimento Emergenza Urgenza Accettazione - Unità Operativa Complessa Di Anestesia
Rianimazione Terapia Intensiva
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA “Renato Dulbecco”, Catanzaro
E-mail: marialaura.guzzo@tiscali.it

Doi: 10.5281/zenodo.10616097

Premessa:

Il trattamento del dolore post-operatorio viene effettuato nel rispetto delle linee guida SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) soltanto nel 10% dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico negli ospedali pubblici italiani che hanno risposto a una survey del 2012. Di questi ospedali, circa la metà ha attivato un Servizio del dolore acuto post-operatorio (**Acute Pain Service**): un'unità delineata dalla SIAARTI e inserita nelle linee guida già nel 2010.

L'International Association for the Study of Pain (IASP) definisce il dolore come: “una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale”. L'inabilità a comunicare verbalmente non nega la possibilità che un individuo abbia una esperienza dolorosa e che possa necessitare di un trattamento del dolore. Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva. Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate a degli insulti, danni o lesioni accadute durante i primi anni di vita. I biologi riconoscono che gli stimoli responsabili del dolore possono provocare un danno tissutale. Di conseguenza il dolore è quell'esperienza che noi associamo con un attuale o un potenziale danno tissutale. Questa è senza dubbio una sensazione fisica in una o più parti del corpo, ma è anche sempre una sensazione spiacevole e un'esperienza emozionale. A tutt'oggi, il dolore rappresenta un problema che si presenta molto frequentemente nei pazienti ricoverati in ospedale. La prevalenza del dolore negli ospedali rimane elevata e varia dal 33% al 79% %, anche se l'applicazione della scala analgesica elaborata dall'OMS nel 1986, modello clinico per la terapia del dolore, è efficace nell'80- 90% dei pazienti.

Il dolore, in generale, può avere caratteristiche di dolore acuto e di dolore cronico.

Il dolore acuto è finalizzato ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi o potenzialmente tali nell'organismo stesso.

È quindi un dolore utile, che prima di essere affrontato e trattato va capito, interpretato e inserito nel corretto nesso eziopatogenetico per un'adeguata, quando possibile, terapia della patologia causale (Ministero della Salute, 2009).

Il dolore cronico è definito come un dolore persistente, che può essere continuo o ricorrente e di sufficiente durata e intensità da incidere negativamente sul benessere di una persona, sul livello di funzionalità e qualità della vita. Prendendo nello specifico il dolore acuto ed in particolare il **dolore nel peri-operatorio**, si definisce come tale **il dolore presente nel paziente sottoposto a procedura chirurgica, causato da una malattia preesistente, dalla procedura chirurgica (compresi drenaggi, sondini o complicanze) o da entrambe**. Il trattamento adeguato del dolore postoperatorio è ormai riconosciuto sia come un diritto del paziente che come uno dei fattori importanti nella riduzione della morbilità peri-operatoria, che comprende sia una minore incidenza di complicanze postoperatorie, sia la riduzione delle giornate di degenza e conseguente riduzione dei costi. Tale guadagno è maggiormente evidente nei pazienti critici ad elevato rischio, con evidenza di Livello A nella linea guida (LG) della Società Italiana di Anestesia e Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva. Inoltre il trattamento del dolore rappresenta un diritto del paziente come testimoniato dalla “Carta Europea dei Diritti del malato” del 2002 e dalla “Carta dei Diritti sul Dolore inutile” del Tribunale per i diritti del malato del 2005 ed è un obbligo etico per ogni operatore sanitario, come ribadito dai rispettivi codici deontologici.

Il periodo post-operatorio si situa in una zona di confine dove si incontrano e a volte si “scontrano” anestesisti, chirurghi ed operatori sanitari di sala operatoria, terapia intensiva e reparto di degenza.

Tra i nostri obiettivi c'è anche quello di identificare i ruoli delle diverse figure professionali, **data l'assenza nella nostra realtà locale di un vero e proprio Servizio per il trattamento del dolore acuto (Acute Pain Service)**.

Il soddisfacimento dell'analgesia rientra tra i diritti irrinunciabili del paziente.

Il trattamento ottimale del **dolore post-operatorio (DPO)** può accelerare la ripresa globale del paziente sia dopo chirurgia maggiore, con bypass o riduzione della durata della degenza in unità di terapia intensiva, sia dopo chirurgia ambulatoriale.

Pertanto il trattamento del DPO deve essere inserito tra gli obiettivi istituzionali prioritari essendo parte integrante del piano terapeutico per la «malattia perioperatoria» che prevede infatti analgesia, mobilitazione precoce, alimentazione enterale precoce e fisioterapia attiva, in accordo con i protocolli ERAS.

La pianificazione del trattamento del DPO va inserito pienamente nel progetto ministeriale Ospedale senza Dolore.

Una corretta programmazione delle modalità di trattamento del dolore postoperatorio deve tener conto di:

a) caratteristiche del paziente

b) tipo di intervento e tecnica chirurgica scelta;

c) previsione dell'intensità e della durata del dolore postoperatorio e sua tendenza alla cronicizzazione;

d) organizzazione delle risorse esistenti e capacità di controllo mediante l'adozione di strumenti di «misura» e di «valutazione» del dolore a riposo e al movimento;

e) individuazione e formazione del personale coinvolto. Deve cioè essere sensibile al contesto clinico in cui viene applicata.

PROGETTO : Acute Pain Service

L'Acute Pain Service (APS) è una struttura multidisciplinare che prevede la partecipazione sia dell'anestesista, sia di chirurghi, infermieri, fisioterapisti ed eventualmente altri specialisti.

All'interno di questa organizzazione l'anestesista rianimatore, per le sue peculiari conoscenze sulla fisiopatologia e terapia del dolore acuto, rappresenta il coordinatore del team responsabile del trattamento del dolore acuto. Non esiste un modello organizzativo ottimale di APS, ma questo deve essere adeguato alla nostra realtà ed alle nostre possibilità.

L' introduzione di un APS migliora il controllo del dolore nei reparti chirurgici e sembra in grado di ridurre effetti avversi quali nausea e vomito postoperatori.

In merito all'analisi costo beneficio, dati a favore dell'APS emergono se si associa quest'ultimo a protocolli fast-track. Strategie di integrazione dell'APS (**acute pain service**) e tecniche multimodali di riabilitazione (fast track surgery, percorsi clinici perioperatori di accelerazione della degenza con rapido riferimento del paziente a percorsi multimodali di riabilitazione intensiva, finalizzati anche alla riduzione dell'incidenza di dolore cronico) dovranno trovare dimostrazioni certe in studi prospettici controllati su larga scala, anche in accordo con i protocolli ERAS (Enhanced Recovery After Surgery, ovvero “ miglior recupero post intervento chirurgico”):

L'APS favorisce, oltre alla somministrazione di analgesici per via parenterale, la diffusione e l'applicazione delle tecniche più “avanzate” di analgesia postoperatoria, come la PCA (**p**atient **c**ontrolled **a**nesthesia) e l'infusione epidurale di anestetici locali e oppioidi, efficaci nel migliorare la qualità del decorso postoperatorio.

Il controllo del dolore postoperatorio va inserito, pertanto, in un piano di trattamento della “malattia perioperatoria” che preveda contemporaneamente analgesia multimodale, mobilitazione precoce, alimentazione enterale precoce e fisiokinesiterapia attiva.

Il dolore postoperatorio ha specifiche caratteristiche:

1. intensità e durata prevedibili
2. momento di insorgenza prevedibile
3. controllabile con trattamento adeguato

Una corretta programmazione delle modalità di trattamento del dolore postoperatorio deve tenere conto di alcuni fattori:

- incidenza attesa dell'intensità e della durata del dolore postoperatorio,
- l'adozione di strumenti di "misura" e di "valutazione" del dolore a riposo e al movimento, di rapido utilizzo (quali le scale verbali, scale numeriche, gli analoghi lineari visivi),
- l'organizzazione delle risorse esistenti
- l'individuazione e formazione del personale coinvolto.

Parallelamente dovrebbero essere utilizzati idonei strumenti di misurazione del dolore per una corretta valutazione dell'efficacia terapeutica. Misurare, valutare e quantificare il dolore è fondamentale per individuare strategie di intervento personalizzate e disporre di strumenti per verificarne l'efficacia. Per trattare in modo efficace il sintomo dolore nel maggior numero dei pazienti ricoverati e in regime ambulatoriale è necessario predisporre un'organizzazione efficiente che coinvolga tutte le figure professionali che interagiscono sul paziente chirurgico. È sempre più chiaro che la soluzione del problema del trattamento del DPO non consiste solo nello sviluppo di nuove tecniche ma anche nell'evoluzione di un'organizzazione che sfrutti le esperienze esistenti. La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) ha dato le linee guida per il trattamento del dolore, i cui punti chiave sono:

- 1) Diritto del paziente ad essere trattato contro il dolore;
- 2) Valutare e documentare la presenza, natura e intensità del dolore in tutti i pazienti (V segno vitale);
- 3) Assicurare la competenza del personale nella valutazione e trattamento del dolore;
- 4) Stilare protocolli per un adeguato trattamento del dolore;
- 5) Educare i pazienti e i familiari per un effettivo controllo del dolore;
- 6) Soddisfare i bisogni del paziente per il trattamento dei sintomi dopo la dimissione.

Può essere in tale ottica, utile fare una serie di raccomandazioni per un approccio razionale alla gestione del dolore postoperatorio, tenendo presente che i dosaggi farmacologici dei farmaci consigliati vanno sempre adattati al singolo paziente, alle sue condizioni cliniche e all'intensità del dolore in atto e che comunque l'elenco delle tecniche prese in esame non è esaustivo.

I protocolli per il controllo del dolore postoperatorio, omogenei nelle diverse specialità chirurgiche, costituiscono un metodo per standardizzare le terapie farmacologiche e le tecniche di somministrazione secondo criteri di rischio/beneficio e costo/beneficio, sono scelti secondo i criteri dell'EBM, rappresentano i farmaci e le tecniche che garantiscono la migliore efficacia, con minori effetti collaterali e rischi, al costo più basso.

Per la programmazione delle modalità di trattamento del dolore postoperatorio utilizzeremo i seguenti criteri: semplicità e sicurezza, terapie validate e sperimentate, specialità chirurgiche e dolore atteso, potenza dei farmaci commisurata all'intensità del dolore, approccio multimodale, modalità di somministrazione dei farmaci analgesici ad orari prestabiliti o in infusione continua, anziché al bisogno, PCA o analgesia peridurale nel dolore severo e dose di carico al termine dell'intervento.

Riepilogo delle raccomandazioni

I. Politiche e procedure istituzionali per fornire la gestione del dolore perioperatorio

- Gli anestesisti che offrono servizi di analgesia perioperatoria dovrebbero fornire, in collaborazione con altri professionisti sanitari, a seconda dei casi, formazione continua nel tempo per garantire che il personale ospedaliero sia informato e qualificato per quanto riguarda l'uso efficace e sicuro delle opzioni terapeutiche disponibili all'interno dell'Azienda.
 - Il contenuto educativo dovrebbe spaziare dalla valutazione di base del dolore al letto del paziente a sofisticate tecniche di gestione del dolore (*ad esempio* , analgesia epidurale, PCA e varie tecniche di anestesia regionale) e tecniche non farmacologiche .
 - Per una gestione ottimale del dolore, l'istruzione e la formazione continua sono essenziali per il nuovo personale, per mantenere le competenze e ogni volta che gli approcci terapeutici vengono modificati.
- Gli anestesisti e gli altri operatori sanitari dovrebbero utilizzare strumenti standardizzati e validati per facilitare la valutazione e la documentazione regolare dell'intensità del dolore, degli effetti della terapia del dolore e degli effetti collaterali causati dalla terapia.
- Gli anestesisti responsabili dell'analgesia perioperatoria dovrebbero essere disponibili per consultare gli infermieri di reparto, i chirurghi o altri medici coinvolti.
 - Dovrebbero assistere nella valutazione dei pazienti che riscontrano problemi con qualsiasi aspetto del sollievo dal dolore perioperatorio.
- Gli anestesisti che forniscono servizi di analgesia perioperatoria dovrebbero farlo nell'ambito di un servizio per il dolore acuto.
 - Dovrebbero partecipare allo sviluppo di politiche e procedure istituzionali standardizzate.

II. Valutazione preoperatoria del paziente

- Nella valutazione anestetica preoperatoria dovrebbero essere inclusi un'anamnesi diretta del dolore, un esame fisico mirato e un piano di controllo del dolore.

III. Preparazione preoperatoria del paziente

- La preparazione del paziente per la gestione del dolore perioperatorio dovrebbe includere aggiustamenti appropriati o la continuazione della terapia per evitare una sindrome di astinenza, il trattamento del dolore preesistente o l'inizio preoperatorio della terapia per la gestione del dolore postoperatorio.
- Gli anestesisti che offrono servizi di analgesia perioperatoria dovrebbero fornire, in collaborazione con altri, se opportuno, un'educazione del paziente e della famiglia riguardo

al loro ruolo importante nel raggiungimento del comfort, nella segnalazione del dolore e nell'uso corretto dei metodi analgesici raccomandati.

- L'educazione del paziente per l'uso ottimale della PCA e di altri metodi sofisticati, come l'analgia epidurale controllata dal paziente, potrebbe includere la discussione di questi metodi analgesici al momento della valutazione preanestetica, opuscoli e programmi internet per educare i pazienti sulle opzioni terapeutiche e discussioni al capezzale del paziente. durante le visite postoperatorie.
- Tale educazione può includere anche istruzioni sulle modalità comportamentali per il controllo del dolore e dell'ansia.

IV. Tecniche perioperatorie per la gestione del dolore

- Gli anestesisti che gestiscono il dolore perioperatorio dovrebbero utilizzare opzioni terapeutiche come
 - Somministrazione di FANS e/o antidolorifici , oppioidi deboli , oppioidi forti per via parenterale (pompe elastomeriche), PCA.
 - oppioidi epidurali o intratecali, e tecniche regionali dopo aver attentamente considerato i rischi e i benefici per il singolo paziente.
 - Queste modalità dovrebbero essere utilizzate preferibilmente rispetto agli oppioidi intramuscolari ordinati “al bisogno”.

La terapia selezionata dovrebbe riflettere l'esperienza del singolo anestesista, nonché la capacità di applicare in sicurezza la modalità in ogni contesto clinico.

Questa capacità include la capacità di riconoscere e trattare gli effetti avversi che emergono dopo l'inizio della terapia.

- È necessario prestare particolare attenzione quando si utilizzano modalità di infusione continua poiché l'accumulo del farmaco può contribuire a eventi avversi.

Tecniche multimodale per la gestione del dolore

Quando possibile, gli anestesisti dovrebbero utilizzare la terapia multimodale per la gestione del dolore. A meno di controindicazioni, i pzz dovrebbero ricevere un regime di 24 ore su 24 di FANS, COXIB o paracetamolo .Dovrebbe essere preso in considerazione il blocco regionale con anestetici locali. I regimi posologici devono essere attuati per ottimizzare l'efficacia riducendo al minimo il rischio di eventi avversi. La scelta del farmaco , della dose, della via e della durata della terapia deve essere individualizzata.

Popolazione pediatrica

Una gestione del dolore aggressiva e proattiva è necessaria per superare lo storico sottotrattamento del dolore nei bambini. L'assistenza perioperatoria per i bambini sottoposti a procedure dolorose o interventi chirurgici richiede una valutazione e una terapia del dolore adeguate allo sviluppo. La terapia analgesica dovrebbe dipendere dall'età, dal peso e dalla comorbidità e , salvo controindicazioni ,dovrebbe comportare un approccio multimodale. Tecniche comportamentali, particolarmente importanti per affrontare la componente emotiva del dolore dovrebbero essere prese in considerazione.

Gli anestetici sedativi, analgesici e locali sono tutti componenti importanti di regimi analgesici appropriati per le procedure dolorose. Poiché molti farmaci analgesici sono sinergici con gli agenti sedativi, è fondamentale che venga utilizzato un monitoraggio appropriato durante la procedura e il recupero.

Popolazione geriatrica

Valutazione e terapia del dolore andrebbero integrati nella cura perioperatoria dei pazienti geriatrici. Anche la valutazione del dolore dovrebbe essere adeguata alle capacità cognitive del paziente e capace di superare barriere di comunicazione riguardo al dolore non alleviato. Inoltre anche la risposta del pz geriatrico ai farmaci antidolorifici può essere molto diversa rispetto a pazienti più giovani. E' dunque necessaria attenta titrazione della dose per garantire un trattamento adeguato evitando effetti avversi come la sonnolenza in questo gruppo vulnerabile, che spesso assume altri farmaci.

Altre sottopopolazioni

Gli anestesisti dovrebbero riconoscere che i pazienti critici, con disturbi cognitivi o con difficoltà di comunicazione possono richiedere ulteriori interventi per garantire una gestione ottimale del dolore perioperatorio. In caso di ipertensione o tachicardia o agitazione, vanno comunque sempre escluse cause diverse dal dolore.

Partoanalgesia

Tale servizio è già operativo dal 2019, secondo PDTA Aziendale approvato nello stesso anno, comprensivo di ambulatorio totalmente dedicato.

CONCLUSIONI

L'introduzione dell'APS nelle realtà può aumentare la consapevolezza tra i pazienti e i professionisti medici e sanitari coinvolti che una corretta gestione del dolore nel periodo perioperatorio è importante per migliorare il benessere del paziente, in accordo peraltro con i protocolli ERAS. Un team dedicato che aspiri all'eccellenza e al buon governo clinico e una struttura organizzativa adeguata aiuteranno di sicuro ad ottenere una degenza ed un outcome migliore nei pazienti sottoposti a chirurgia.

SUMMARY

- Educazione e formazione degli operatori sanitari
- Monitoraggio degli esiti dei pazienti
- Documentazione delle attività di monitoraggio
- Monitoraggio dei risultati a livello istituzionale
- Disponibilità 24 ore su 24 di anestesisti che forniscono la gestione del dolore perioperatorio
- Servizio dolore acuto

Valutazione preoperatoria del paziente

- Un'anamnesi diretta del dolore (*ad esempio* , revisione della cartella clinica e colloquio del paziente per includere i farmaci attuali, gli effetti avversi, le condizioni di dolore preesistenti, le condizioni mediche che influenzerebbero una terapia del dolore, terapie del dolore non farmacologiche, terapie alternative e complementari)
- Un esame fisico diretto
- Consultazioni con altri operatori sanitari (*ad esempio* , infermieri, chirurghi, farmacisti)

Preparazione preoperatoria del paziente

- Aggiustamento preoperatorio o continuazione di farmaci la cui interruzione improvvisa può provocare una sindrome di astinenza
- Trattamento/i preoperatorio/i per ridurre il dolore e l'ansia preesistenti
- Premedicazione/i prima dell'intervento chirurgico come parte di un programma di gestione del dolore analgesico multimodale
- Educazione del paziente e della famiglia

Tecniche perioperatorie per la gestione del dolore

- Analgesia epidurale o intratecale con oppioidi (*rispetto a* placebo epidurale, anestetici locali epidurali o oppioidi EV, intramuscolari o orali)
- Analgesia controllata dal paziente con oppioidi:
 - PCA IV *rispetto a* IV controllata dall'infermiere o continua
 - IV PCA *rispetto a* intramuscolare
 - PCA epidurale *versus* bolo epidurale o infusione
 - PCA epidurale *contro* PCA IV

Rimane auspicabile l'attivazione di Audit periodici allo scopo di ottimizzare il Servizio proposto

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosio, F., Paoletti, F., Savoia, G., Amantea, B., Arcuri, E., Avogaro, F., ... & Zucco, E. (2003). SIAARTI recommendations on the assessment and treatment of chronic cancer pain. *Minerva Anestesiologica*, 69(9), 697-729.
- Biancuzzi, H., Dal Mas, F., Brescia, V., Campostrini, S., Cascella, M., Cuomo, A., ... & Miceli, L. (2022). Opioid misuse: a review of the main issues, challenges, and strategies. *International journal of environmental research and public health*, 19(18), 11754.
- Brescia, V., Indelicato, A., Chmet, F., Maglio, P., Muraca, L., Mazzei, A., ... & De Fina, M. (2019). Multidisciplinarity in the treatment process: An essential element in clinical governance. *International Journal of Management Sciences and Business Research*, 8(3), 47-62.
- Deni, F., Greco, M., Turi, S., Meani, R., Comotti, L., Perotti, V., ... & Beretta, L. (2019). Acute Pain Service: A 10-Year Experience. *Pain Practice*, 19(6), 586-593.
- Frenette, L. (1999). The acute pain service. *Critical care clinics*, 15(1), 143-150.
- Lovasi, O., Lám, J., Schutzmann, R., & Gaál, P. (2021). Acute pain service in Hungarian hospitals. *Plos one*, 16(9), e0257585.
- Lovasi, O., Lám, J., & Kósik, N. (2020). The role of acute pain service in postoperative pain relief. *Orvosi Hetilap*, 161(15), 575-581.
- Osorio, W., Ceballos, C., & Moyano, J. (2022). Effectiveness of acute post-operative pain management by the acute pain service. *Cirugía y cirujanos*, 90(2), 197-201.
- Rawal, N. (2005). Organization, function, and implementation of acute pain service. *Anesthesiology Clinics of North America*, 23(1), 211-225.
- Savoia, G., Ambrosio, F., Paoletti, F., Bertini, L., Mattia, C., Amantea, B., ... & VENUTI18, S. (2002). LINEE GUIDA. *Minerva anestesiologica*, 68, 735-50.
- Schwenk, E. S., Baratta, J. L., Gandhi, K., & Viscusi, E. R. (2014). Setting up an acute pain management service. *Anesthesiology Clinics*, 32(4), 893-910.
- Tawfic, Q. A., Freytag, A., & Armstrong, K. (2021). A survey of acute pain service in Canadian teaching hospitals. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 71, 116-122.
- Zaccagnino, M. P., Bader, A. M., Sang, C. N., & Correll, D. J. (2017). The perioperative surgical home: a new role for the acute pain service. *Anesthesia & Analgesia*, 125(4), 1394-1402.