

MODELLO ALGO-PSICOLOGICO PER LA DIAGNOSI DI GRAVITÀ E LA PROGNOSI NEL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO

ALGO-PSYCHOLOGIC MODEL TO ASSESS THE SEVERITY AND PROGNOSIS OF PATIENTS WITH CHRONIC NON-CANCER PAIN

Carlo Nobili, Andrea Cottini, Daniela Ambrosi
Servizio Terapia del Dolore, IRCCS Galeazzi, Milano

Massimo Del Fabbro,
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano

RIASSUNTO

Nel presente articolo si propone un modello algo-psicologico integrato finalizzato alla diagnosi di gravità clinica e alla conseguente prognosi dei pazienti con dolore cronico non oncologico.

Il modello si configura come un'intervista semi-strutturata, raccolta dal terapeuta (algologo e psicologo clinico) al primo accesso del paziente presso il servizio di terapia del dolore.

Sono indagate quattro aree specifiche: algologica, psico-algologica, patologie concomitanti croniche, gestionale.

Dall'elaborazione dei punteggi emerge un indice di gravità per ciascuna area, uno di gravità complessiva, derivato dai precedenti, e degli indicatori prognostici. Sulla base delle informazioni raccolte si definiscono le condizioni arrivare a un "contratto terapeutico" fra: paziente, servizio di terapia del dolore e medico di medicina generale.

Parole chiave

Pazienti con sindrome algologica cronica complessa, diagnosi di gravità, prognosi, contratto terapeutico

SUMMARY

The authors present an integrated algo-psychologic model to assess the clinical severity and consequent prognosis in patient with chronic non-cancer pain. The model relies on a semi-structured interview made by therapists (pain and clinical psychology specialists) at the entry of the patient in the pain therapy department.

Four specific areas are investigated: algology, psycho-algology, concomitant disease, management.

Working out the scores, for each area a severity index is defined, as well as a global index based on the previous four and some prognostic indicators. According to gathered information, it is possible to establish the conditions for a "therapeutic agreement" between patient, pain therapy department and family physician.

Key words

Chronic complex pain syndrome, severity diagnosis, prognosis, therapeutic agreement

INTRODUZIONE

Il dolore è una sensazione complessa che coinvolge il soggetto nella sua totalità: fisica, psicologica, emotiva; quindi sono state elaborate, nel tempo, diverse definizioni per descriverlo compiutamente.

Citiamo, a titolo esemplificativo, quella della Commissione IASP del 1986: “Il dolore è un’esperienza spiacevole sensitiva ed emotiva associata ad un danno tissutale reale o potenziale o descritto in termini di danno stesso”¹ e quella di M. Tiengo. “Il dolore è una percezione violenta e sgradevole, che provoca una repentina alterazione emotiva del soggetto e una coerente risposta comportamentale di difesa”², solitamente di attacco o di fuga se la causa scatenante è esterna. Tutte le definizioni generali concernenti il dolore meglio si adattano a descrivere il dolore acuto (meccanismo di allarme finalizzato a eventi o situazioni che minacciano l’integrità fisica del soggetto) che non il dolore cronico, che risponde ad altre caratteristiche, perdendo il significato di segnale di allarme e trasformandosi da “sintomo” di malattia a “malattia stessa”; quindi, come ogni patologia, il dolore cronico richiede una diagnosi di gravità clinica e una prognosi.

Anche le classificazioni cliniche delle diverse e multiformi sindromi algiche sono variate negli anni, ponendo l’accento ora su una caratteristica ora su un’altra: dolore periferico, centrale, proiettato (anni Sessanta)³, oppure dolore somatico e psicologico (anni Settanta)⁴.

La variabile più significativa, non trascurando le precedenti, è stata evi-

denziata fra dolore acuto e dolore cronico, soprattutto per quanto riguarda l’efficacia terapeutica.

Più precocemente un dolore è trattato, maggiori sono le possibilità di efficacia terapeutica. L’intervallo di tempo per considerare un dolore cronico si è negli anni abbassato dai sei mesi agli attuali tre mesi, quale ulteriore prova della necessità di un rapido intervento terapeutico.

Il dolore acuto è caratterizzato dall’attivazione di un sistema sensoriale, che segnala una minaccia all’integrità dell’organismo (reazione difensiva).

Il dolore cronico è caratterizzato dall’instaurarsi di un “circolo vizioso” conseguente ad alterazioni sia neurofisiologiche sia psicologiche, che, in assenza di interventi terapeutici adeguati, si autoalimenta, anche se la causa nocicettiva originaria è stata rimossa (plasticità del sistema nocicettivo e memoria del dolore).

Il dolore, perciò, diventa “malattia” esso stesso (e non più sintomo) e induce un quadro clinico di “sofferenza” cronica e totalizzante che, in assenza di trattamento specifico, può arrivare ad alterare la vita del soggetto fino a quadri di grave compromissione fisica, psicologica, relazionale, sociale ed economica (comportamento noxicettivo).⁵

I circuiti neuronali e psicologici tendono a cronicizzarsi e a peggiorare nel tempo, per cui l’efficacia terapeutica è direttamente proporzionale alla precocità della terapia multimodale instaurata. Al fine dell’elaborazione di una corretta terapia è inoltre necessario introdurre il concetto di prognosi algologica conseguente alle condizioni cliniche, psicologiche e sociali del soggetto.

Nel dolore cronico è imperativo indagare non solo le caratteristiche della sintomatologia algica (localizzazione, intensità, durata, tempo di cronicizzazione, indice di gravità) ma anche le caratteristiche psicologiche del soggetto e le eventuali patologie concomitanti croniche invalidanti. Parimenti va esplorata la gestione clinico-sanitaria del paziente, indagando il rapporto fra il medico di medicina di base, lo specialista algologo ed eventuali altri specialisti coinvolti nelle cure (ortopedico, neurologo, neurochirurgo, ecc.) e fra il paziente stesso e ciascuna di queste figure, al fine di poter evidenziare e intervenire su possibili distorsioni comunicazionali. Una diagnosi gestionale carente, insufficiente, contraddittoria può comportare un’efficacia terapeutica minore, compromettendo in alcuni casi l’intervento dell’algologo.

Infine è rilevante l’elaborazione di una “prognosi algologica” basata sulle condizioni cliniche, psicologiche e sociali del soggetto per arrivare a un “contratto terapeutico” con il paziente stesso, tenendo conto delle sue aspettative e preferenze terapeutiche. Tutto il processo sarà svolto in collaborazione con il medico curante, la cui figura professionale deve rimanere al centro del processo terapeutico.

A tale scopo abbiamo elaborato un modello algo-psicologico finalizzato alla diagnosi di gravità delle sindromi algologiche croniche e di prognosi terapeutica (buona, media, scarsa) per quanto riguarda il sintomo dolore.

Riteniamo che questo sia uno strumento assai utile per razionalizzare il percorso terapeutico dei pazienti sofferenti di dolore cronico complesso anche in termini di costi economici,

evitando la pletora di esami e di visite specialistiche, cui questi pazienti sono sottoposti spesso senza un razionale, ma solo nella speranza di trovare il “metodo” (farmacologico, non farmacologico, interventistico), che risolverà definitivamente il loro problema. In realtà il dolore cronico complesso è una sindrome che assai difficilmente, in assenza di una patologia di base che lo sottintende, possa essere risolto in via definitiva ma può essere controllato in maniera soddisfacente se si interviene correttamente su ciascuna area indagata in base al livello di compromissione evidenziata da ciascuna di esse.

METODO

L'intervista semi-strutturata^{6,7} è finalizzata alla diagnosi di gravità della patologia algica, alla prognosi algologica e all'identificazione di indici predittivi di efficacia terapeutica.

E' suddivisa in quattro diverse aree diagnostiche: algologia, psico-algologia, gestionale e patologie concomitanti croniche.

Ogni area è indagata tramite scale, item, colloquio e questionari specifici (*Modello 1*).

La raccolta delle informazioni e il risultato finale - diagnosi di gravità clinica e prognosi algologica - avvengono sia tramite osservazione quantitativa sia qualitativa.

Alcuni parametri sono considerati “oggettivi”, per esempio i punteggi emergenti dal QUID (vedi “Diagnosi

Nome _____ Cognome _____ Data _____

Il paziente ha una VAS ≥ 5 SI NO
 Il paziente lamenta sintomatologia algica da più di 3 mesi SI NO

1. DIAGNOSI DI GRAVITA' ALGOLOGICA SI NO

1. Il paziente ha una VAS ≥ 7 SI NO
 2. Il paziente lamenta sintomatologia algica ≥ 6 ore quotidiane SI NO
 3. Il paziente ha già effettuato per il suo problema di dolore un intervento chirurgico che è risultato insoddisfacente SI NO
 4. Il paziente ha già effettuato per il suo problema di dolore più di un intervento chirurgico i cui esiti sono stati insoddisfacenti SI NO
 5. Il paziente ha già effettuato per il suo problema di dolore almeno due trattamenti non chirurgici SI NO
 6. Il paziente presenta all'EQ 5D almeno 2 limitazioni funzionali di moderata gravità SI NO
 7. Il sonno del paziente è disturbato dal dolore SI NO
 8. Il paziente assume attualmente più di un farmaco per il suo problema di dolore SI NO

2. DIAGNOSI PSICOALGOLOGICA SI NO

9. Il paziente presenta un punteggio alla Scala Affettiva del QUID $\geq 50\%$ SI NO
 10. Il paziente presenta un punteggio alla Scala Cognitiva - Valutativa del QUID $\geq 50\%$ SI NO
 11. Il paziente presenta Aspettative di risultato magiche e/o catastrofiche SI NO
 12. Dalla storia clinica del paziente emergono più di due episodi significativi di scarsa Aderenza Terapeutica SI NO

3. PATOLOGIE CONCOMITANTI CRONICHE SI NO

13. Il paziente presenta una patologia cronica concomitante al suo problema di dolore SI NO
 14. Il paziente presenta più di una patologia cronica concomitante al suo problema di dolore SI NO
 15. Il paziente assume un farmaco per patologia cronica SI NO
 16. Il paziente assume più di un farmaco per patologia cronica SI NO
 17. Il paziente lamenta invalidità conseguente alla/e patologia/e cronica/e SI NO
 18. La/e patologia/e croniche sono controllata/e SI NO
 19. La percezione che il paziente aveva del proprio stato di salute di 6 mesi fa, rilevata tramite il termometro EQ 5D, è ≥ 49 SI NO
 20. La percezione che il paziente aveva del proprio stato di salute, rilevata tramite il termometro EQ 5D, è ≥ 49 SI NO

4. DIAGNOSI GESTIONALE SI NO

21. Il paziente si sente seguito e preso in carico dal suo medico curante SI NO
 22. Il paziente è attualmente seguito da più di 3 specialisti oltre al suo medico curante SI NO
 23. Nel circuito sanitario in cui è inserito il paziente sono presenti almeno 3 sintomi pragmatici di comunicazione SI NO
 24. Il paziente ha attualmente difficoltà economiche che potrebbero inficiare l'andamento del trattamento SI NO

DIAGNOSI ALGOLOGICA		DIAGNOSI GESTIONALE		PATOLOGIE CONCOMITANTI CRONICHE		DIAGNOSI PSICOALGOLOGICA	
Item	Punteggi percentili	Item	Punteggi percentili	Item	Punteggi percentili	Item	Punteggi percentili
1.	10	9.	15	13.	10	21.	25
2.	10	10.	15	14.	10	22.	25
3.	20	11.	30	15.	10	23.	25
4.	20	12.	40	16.	10	24.	25
5.	10	TOT.		17.	10	TOT.	
6.	10			18.	20		
7.	10			19.	10		
8.	10			20.	20		
TOT.				TOT.			

RISULTATI $\geq 60 = +$

0-39 = - 40-59 = -/+
 - -/+
 - -/+
 - -/+
 - -/+
 - (0,5)
 (0) (1)

psico-algologica”), altri invece sono ritenuti soggettivi, per esempio le informazioni sul circuito sanitario rilevate tramite colloquio con il paziente e con il medico curante (vedi “Diagnosi gestionale”).

La spiegazione dei punteggi parziali e di quello complessivo sarà data alla voce “Attribuzione dei punteggi e interpretazione”. Sono considerati quali criteri di inclusione alla somministrazione: $VAS \geq 5$.

Presenza di sintomatologia algica non controllata superiore ai 3 mesi.

Pazienti non oncologici

L'intervista, le scale diagnostiche e i test sono compilati durante le prime consultazioni tramite colloquio tra il clinico e il paziente; al termine dell'assessment diagnostico si possono definire le condizioni per avviare il “contratto terapeutico” fra paziente, servizio e medico curante, da cui prende poi avvio la terapia vera e propria.

Le scale e i questionari sono successivamente risomministrati e calcolati per il monitoraggio delle terapie a tre e a sei mesi.

Sono distribuiti, infine, a un *follow-up* di tre e a uno di sei mesi, due questionari (*Questionari 1 e 2*), uno al paziente e uno al medico curante, per valutare con il paziente i risultati delle terapie, per verificare con il curante l'efficacia terapeutica e l'efficienza gestionale e per verificare internamente al protocollo l'attendibilità del modello diagnostico e prognostico.⁸

Questionario per la valutazione del miglioramento clinico e del grado di soddisfazione

Gentile paziente la preghiamo di compilare questo breve questionario per meglio valutare il suo miglioramento clinico e la qualità del nostro Servizio

1. Da quando ha iniziato la terapia presso di noi il dolore si è ridotto?

PER NIENTE	POCO	MOLTO	MOLTISSIMO
------------	------	-------	------------
2. Da quando ha iniziato la terapia presso di noi il dolore si è aggravato?

PER NIENTE	POCO	MOLTO	MOLTISSIMO
------------	------	-------	------------
3. Il suo dolore fisico su una scala da 0 a 10, dove 0 è nessun dolore e 10 il peggiore dolore immaginabile, quando è forte arriva a:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
4. Da quando ha iniziato la terapia presso di noi il suo dolore in una giornata dura mediamente in ore:

0	DA 2 A 4	DA 4 A 6	PIU DI 6
---	----------	----------	----------
5. Da quando ha iniziato la terapia presso di noi le sue condizioni psicologiche sono migliorate?

PER NIENTE	POCO	MOLTO	MOLTISSIMO
------------	------	-------	------------
6. Da quando ha iniziato la terapia presso di noi le sue condizioni psicologiche sono peggiorate?

PER NIENTE	POCO	MOLTO	MOLTISSIMO
------------	------	-------	------------
7. Da quando ha iniziato la terapia presso di noi le sue condizioni psicologiche sono invariate?

NO	SI
----	----
8. Da quando ha iniziato la terapia presso di noi il suo stato di salute generale è migliorato?

PER NIENTE	POCO	MOLTO	MOLTISSIMO
------------	------	-------	------------
9. Da quando ha iniziato la terapia presso di noi il suo stato di salute generale è peggiorato?

PER NIENTE	POCO	MOLTO	MOLTISSIMO
------------	------	-------	------------
10. Da quando è seguito dal nostro Servizio pensa di aver trovato un punto di riferimento assistenziale?

PER NIENTE	POCO	MOLTO	MOLTISSIMO
------------	------	-------	------------
11. E' soddisfatto/a della disponibilità a fornire informazioni sulla malattia/le terapie/i rischi/le opportunità di miglioramento da parte del personale medico del nostro Servizio?

PER NIENTE	POCO	MOLTO	MOLTISSIMO
------------	------	-------	------------
12. Da quando è seguito/a da noi pensa si sia instaurato un rapporto di collaborazione con il suo Medico Curante?

PER NIENTE	POCO	MOLTO	MOLTISSIMO
------------	------	-------	------------

Solo per chi svolge un'attività lavorativa

13. Da quando ha iniziato la terapia presso di noi ha recuperato la sua efficienza lavorativa?

PER NIENTE	POCO	MOLTO	MOLTISSIMO
------------	------	-------	------------
14. Da quando ha iniziato la terapia presso di noi è peggiorata la sua efficienza lavorativa?

PER NIENTE	POCO	MOLTO	MOLTISSIMO
------------	------	-------	------------

Grazie per la Sua gentile collaborazione

DIAGNOSI DI GRAVITA' ALGOLOGICA 9

Questa area diagnostica (*Modello 1*) è composta da 8 item e valuta:

- Intensità del dolore (item 1);
- Durata (item 2);
- Uno o più interventi chirurgici pregressi, finalizzati al controllo del dolore e risultati insoddisfacenti (item 3 e 4);
- Uno o più trattamenti non chirurgici pregressi finalizzati al controllo del dolore e risultati insoddisfacenti (item 5);
- Almeno 2 limitazioni funzionali di moderata gravità (item 6);
- Compromissione del sonno (item 7);
- Assunzione attuale di almeno 2 specialità farmacologiche con risultato insoddisfacente (item 8).

Come si può vedere dalla griglia in *Modello 1* i parametri inclusi prevedono sia valutazioni di tipo quantitativo, sia valutazioni di tipo qualitativo. L'item 1, per esempio, corrisponde alla VAS (misura quantitativa - soggettiva del dolore), mentre l'item 4 "Il paziente ha già effettuato per il suo problema di dolore più di un intervento chirurgico i cui esiti sono stati insoddisfacenti", è una misura principalmente qualitativa del dolore percepito e riferito dal paziente. L'item 6 è registrato attraverso una scala del Questionario sulla Salute EQ 5D¹⁰, specifica per la misurazione delle limitazioni funzionali imputabili alla patologia algica di base. Riteniamo di interesse clinico le limitazioni funzionali considerate dal paziente almeno

Questionario per il Medico Curante di valutazione del miglioramento clinico del paziente e della qualità del Servizio
Egregio/a Collega la preghiamo di compilare questo breve questionario per meglio valutare il miglioramento clinico del paziente e la qualità del Servizio di Terapia.

1. Da quando il/la paziente è seguito/a presso il nostro Servizio si è ridotto il numero di esami strumentali da Lei prescrittigli/le?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

2. Da quando il/la paziente è seguito/a presso il nostro Servizio è aumentato il numero di esami strumentali da Lei prescrittigli/le?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

3. Da quando il/la paziente è seguito/a presso il nostro Servizio si è ridotto il numero di invii specialistici da Lei consigliatigli/le?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

4. Da quando il/la paziente è seguito/a presso il nostro Servizio è aumentato il numero di invii specialistici da Lei consigliatigli/le?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

5. Da quando il/la paziente è seguito/a presso il nostro Servizio si è ridotto il tempo assistenziale dedicato al paziente (numero di visite, di controlli)?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

6. Da quando il/la paziente è seguito/a presso il nostro Servizio è aumentato il tempo assistenziale dedicato al paziente (numero di visite, di controlli)?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

7. Da quando il/la paziente è seguito/a presso il nostro Servizio si ritiene soddisfatto/a dei risultati sin qui raggiunti?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

8. Da quando il/la paziente è seguito/a presso il nostro Servizio si ritiene insoddisfatto/a dei risultati sin qui raggiunti?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

9. Si ritiene soddisfatto/a del rapporto di collaborazione che si è instaurato fra lei e il Servizio?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

10. Si ritiene insoddisfatto/a del rapporto di collaborazione che si è instaurato fra lei e il Servizio?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

Solo per quei pazienti che svolgono un'attività lavorativa

11. Da quando il/la paziente è seguito/a presso il nostro Servizio, secondo lei, ha fatto meno assenze dal posto di lavoro?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

12. Da quando il/la paziente è seguito/a presso il nostro Servizio, secondo lei, ha fatto più assenze dal posto di lavoro?

PER NIENTE POCO MOLTO MOLTISSIMO

13. Ha dei suggerimenti per migliorare il rapporto di collaborazione fra lei e il Servizio?

Grazie per la Sua gentile collaborazione

Questionario 2

come di “Moderata gravità” (misura quantitativa). La valutazione d’insieme degli item permette di arrivare a un indice di gravità algologica.

DIAGNOSI PSICOALGOLOGICA^{3,11}

Questa area è composta da 4 item; si utilizza il QUID (Questionario Italiano del Dolore, item 9 e 10) con le seguenti finalità:

- Analisi delle qualità affettive del dolore: tensione, paura, angoscia, aspetti autonomici associati all’esperienza dolorosa (sudorazione, nausea, ecc.).
- Analisi delle qualità valutative del dolore: preoccupazione, attribuzione di invalidità, sentimento di oppressione, ecc.
- Valutazione di costrutti e meccanismi psicologici implicati nella genesi e/o nel mantenimento della sindrome dolorosa.

Sono indagate inoltre le aspettative di risultato (item 11) che il paziente nutre nei riguardi di un possibile trattamento, ponendo attenzione clinica, in particolare, su idee magiche e/o catastrofiche di risultato; in ultima analisi si valuta la *compliance* del paziente (item 12), raccogliendo e indagando dalla storia clinica la presenza e le motivazioni di eventuali comportamenti significativi di non aderenza terapeutica.¹²

PATOLOGIE CONCOMITANTI CRONICHE⁹

Questa area è suddivisa in 8 item. L’evidenziazione della categoria “Patologie concomitanti croniche” è importante per la sua rilevanza clinica e

gestionale. All’interno di questa cornice i parametri di interesse sono:

- Presenza di una o più patologie croniche concomitanti al problema di dolore (item 13, 14).
- Assunzione di uno o più farmaci per patologia concomitante cronica (item 15, 16).
- Percezione di invalidità da parte del paziente (item 17).
- Stato gestionale della/e patologia/e croniche, inteso come presa in carico specialistica della/e stessa/e (item 18).
- Percezione soggettiva della condizione di salute generale del paziente (item 19, 20).

La valutazione all’interno di questa area diagnostica risulta indispensabile per la comprensione del rapporto fra patologia algica di base, stato di salute generale e condizioni psico-sociali del paziente e per una migliore pianificazione del trattamento.^{6,13, 14}

DIAGNOSI GESTIONALE¹⁵⁻¹⁷

Questa area è scomponibile in 4 item. Una corretta gestione del paziente con dolore cronico complesso implica l’analisi e l’approfondimento del funzionamento comunicazionale del circuito sanitario in cui è inserito il soggetto e in particolare:

- La qualità, dal punto di vista del paziente, della relazione con il medico curante (item 21).
- Il numero di specialisti, oltre al medico curante, contemporaneamente coinvolti nel trattamento del caso (item 22).
- L’eventuale presenza, all’interno del circuito, di distorsioni di comunicazione fra paziente, curante e specialisti (item 23).

sti (item 23).

- Eventuali difficoltà economiche a carico del paziente che potrebbero inficiare l’andamento del trattamento (ticket, trasporti, accompagnamento eccetera, item 24).

SOMMINISTRAZIONE

L’intervista, i questionari, gli indici e le scale specifiche sono somministrati dal clinico. La compilazione del protocollo richiede mediamente un’ora di tempo. Le informazioni sono riportate su un’apposita griglia di raccolta dati. Lo strumento può essere utilizzato con tutti i soggetti, fatta eccezione per quelli non collaboranti o per chi presenta diagnosi cognitiva grave.

ATTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI E INTERPRETAZIONE^{7,18}

Si prendano in esame, all’interno dell’*Modello 1*, la griglia di raccolta dati e la tabella per il computo dei punteggi.

Eseguiamo due tipi di elaborazioni. La prima calcola un “peso di gravità” area per area; a ogni item corrisponde un valore numerico, singoli pesi percentili; quando l’item risulta positivo viene attribuito il corrispettivo valore numerico. Per esempio, se un paziente risultasse positivo all’item n. 4, “Il paziente ha già effettuato per il suo problema di dolore più di un intervento chirurgico i cui esiti sono stati insoddisfacenti”, gli sarebbe conteggiato, come da tabella, un punteggio percentile pari a 20. Facendo la somma dei punteggi percentili si ottiene

un valore che va da 0 a 100, dove 0 rappresenta “nessuna gravità” e 100 la “massima gravità”; risulta quindi che ogni singola area prevede un punteggio di gravità indipendente dalle altre aree e indipendente dal punteggio globale. Vengono assegnati agli item 18 e 21 i corrispondenti valori percentili solo se risultano negativi. Come si può vedere dalla tabella consideriamo come negativi quei valori che vanno da 0 a 39 (-), come valori borderline quelli che vanno da 40 a 59 (-/+) e come positivi quelli uguali o maggiori di 60 (+). La seconda elaborazione riguarda una valutazione globale di gravità. Si coniugano i valori numerici/simbolici in indicatori prognostici attraverso la seguente scala verbale:

- una area positiva (+)
prognosi molto favorevole
- due aree positive (++)
prognosi favorevole
- tre aree positive (+++)
prognosi severa
- quattro aree positive (++++)
prognosi molto severa

Il valore numerico/simbolico contrassegnato con i simboli -/+ lo conteggiamo come 0.5; due aree borderline, quindi, (-/+; -/+) valgono nel computo come un +.

L'utilità di questo sistema di elaborazione risiede nel fatto che produce una fotografia della situazione algopsicologica e sanitaria generale del paziente. I clinici possono così decidere, a partire da quali aree risultano più compromesse, su quale livello orientare il proprio intervento terapeutico, considerando che tutti i fattori delle quattro aree interagiscono ricorsivamente connettendosi alla patologia algica di base e influenzando

le possibilità di risultato terapeutico. In ultima analisi vengono somministrati, ad un *follow-up* a 3 e a 6 mesi, due questionari di valutazione e verifica dei risultati clinici e del processo terapeutico.

Il primo (*Questionario 1*) viene compilato dal paziente e misura i cambiamenti nei parametri e nelle aree considerate nell'intervista.

Mentre il secondo (*Questionario 2*), compilato dal medico curante, presuppone una ulteriore verifica clinica e di funzionamento del processo terapeutico.

L'integrazione dei diversi livelli di valutazione, paziente, clinico specialista, medico curante, deve presentare una coerenza interna, in caso contrario, è necessario impostare nuovi interventi terapeutici e/o comunicazionali all'interno dell'area eventualmente compromessa.

CONTRATTO TERAPEUTICO CON IL PAZIENTE E CON IL MEDICO CURANTE

Durante questa fase il paziente viene dettagliatamente informato dei risultati emersi, delle possibilità terapeutiche più indicate per il suo caso e degli obiettivi che si possono raggiungere. Il processo e il piano decisionale a questo punto divengono concordati e co-gestiti tra clinico e paziente.

Può essere così stilato, con la partecipazione attiva del paziente, un programma terapeutico individualizzato. Segue poi il passaggio di comunicazione con il medico curante con le finalità di informarlo dei risultati della valutazione e di ottenere la sua collaborazione e coordinamento clinico.

PROPRIETÀ METRICHE

Come già accennato in precedenza l'intervista semi – strutturata prevede l'utilizzo di questionari standardizzati, indici e scale specifiche, tutti ampiamente validati e impiegati in ambito medico e psicologico, in ambito nazionale e internazionale. Per maggiori informazioni sulle proprietà metriche di questi strumenti valutativi si possono consultare i singoli manuali, citati in bibliografia. Si avvale inoltre di valutazioni di tipo qualitativo eseguite tramite tecniche di colloquio clinico medico-psicologico integrato, appositamente create per la raccolta di taluni parametri.¹⁹ Lo strumento è attualmente in fase di validazione.

CONCLUSIONI

La terapia antalgica nel dolore cronico grave rientra, a parer nostro, nel grande tema delle cure palliative, in quanto anche il dolore cronico “complesso” non oncologico comporta, per il soggetto che ne soffre, significative limitazioni fisiche, psicologiche, familiari e sociali.

Lo strumento proposto è emerso dopo un'esperienza pluriennale di gestione condivisa (algologo/psicologo) di un servizio di terapia del dolore con i contributi di medici di medicina generale e di diversi specialisti, che collaborano a livello diagnostico e terapeutico. Si è inoltre rivelato, durante la fase di elaborazione e sperimentazione dell'ultimo anno della nostra attività, di facile comprensione e compilazione da parte dei pazienti e dei terapeuti. In particolare, ha evidenziato di essere

affidabile ed efficace nella diagnosi di gravità clinica e nella prognosi del dolore cronico complesso.

Nella maggior parte dei casi è stato possibile definire il “contratto terapeutico” in sede di prima visita. Solo in caso di dati clinici e/o strumentali non in possesso del paziente al momento della visita o in caso di necessità di un approfondimento diagnostico clinico o psicologico è stato necessario definirlo durante una seconda visita.

Lo strumento ci indica quali aree sono maggiormente compromesse e sulle quali si concentrerà il nostro intervento terapeutico.

Tutto il processo, avviato previo consenso da parte del paziente è coordinato dal medico di medicina generale inviando al fine di evitare al paziente messaggi doppi o peggio contraddittori.

Il “contratto terapeutico” per ottenere risultati soddisfacenti coinvolge almeno tre soggetti: il paziente, il servizio di terapia del dolore e il medico curante di medicina generale e può allargarsi ad altri specialisti medici e figure assistenziali e familiari eventualmente attivi nel gestire lo stato di salute del paziente stesso. Perciò il metodo proposto si è rivelato semplice, affidabile e di facile comprensione.

Inoltre, il suo utilizzo permette di identificare, insieme al paziente, l'aspettativa di miglioramento realisticamente ottenibile, eliminando eventuali aspettative magiche o miracolistiche, alimentate da informazioni scorrette o mal comprese, che spesso inducono i pazienti sofferenti di algie croniche gravi a sfiniti e frustranti peregrinazioni da uno specialista all'altro. D'altro canto il paziente è comunque sempre supportato dal o dai

terapeuti anche quando una remissione completa della sintomatologia non è ragionevolmente possibile. Cerchiamo di agire, perciò, per quanto è di nostra competenza, sullo stato di salute generale del soggetto di cui il dolore fa parte, non considerandolo una manifestazione patologica a sé stante, perché siamo coscienti di quanto il dolore cronico possa essere devastante sulla qualità della vita sia soggettiva che di relazione.

Quando è possibile instaurare correttamente il “contratto”, ne discende anche una riduzione della spesa sanitaria in termini di risparmio economico sia soggettivo sia del SSN, evitando esami e/o interventi terapeutici ripetitivi e poco o nulla efficaci. Tale procedura bene si inserisce nel processo di “continuità delle cure” e nell'implementazione dell’“assistenza in rete”, che attualmente rappresenta il futuro di un'adeguata assistenza sanitaria. Infine lo strumento proposto può essere utilizzato anche nell'ambito di un ambulatorio di terapia del dolore di primo livello, in quanto permette di individuare le terapie più adeguate che potranno essere eseguite mediante “invii” appropriati ai diversi specialisti.

Concludendo, riteniamo che il modello algo-psicologico integrato proposto sia uno strumento di facile elaborazione, efficace, economico e desideriamo metterlo a disposizione dei servizi o ambulatori di terapia del dolore interessati per poterlo utilizzare, valutare e migliorare. Il nostro scopo è di aprire una collaborazione con i colleghi disponibili per ampliare la nostra casistica ed enucleare i miglioramenti che sicuramente potranno essere apportati da altre esperienze.

BIBLIOGRAFIA

- 1) International Association for the Study of Pain, 1986.
- 2) Tiengo M. Dolore, Analgesia endogena e il sistema della coscienza, Seminari sul Dolore, Mattioli, Parma, 1994; vol III, 2:3-7.
- 3) Wall PD, Melzack R (eds) Textbook of pain. Churchill Livingstone, London Edinburgh, Melbourne, New York. 1984
- 4) Zimmermann M, Handwerker HO. Il dolore. Fogliazza Editore, 1988.
- 5) Ballantyne JC. The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management, Lippincott William and Wilkins, New York 2006.
- 6) Andreoli V, Cassano GB, Rossi R. DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Masson, Milano 2002.
- 7) Mundt Ch. La sindrome di apatia degli schizofrenici: una ricerca psicopatologica e computer-tomografica, Cleup Editrice, Padova 1990.
- 8) Bellomo A. Psicologia Medica e Abilità Relazionali, Edizioni Minerva Medica, Torino 2004.
- 9) Wall e Melzack's, Textbook of Pain, Stephen B McMahon and Martin Koltzenburg (eds), Churchill Livingstone, London Edinburgh 2006.
- 10) EuroQol Group. EuroQol. A New facility for the measurement of health-related quality of life. In: Health Pol 1990; 16:199-208.
- 11) De Benedittis G et al. QUID Questionario Italiano del Dolore. O.S. Firenze 1993.
- 12) Zani B, Cicognani E. Psicologia della salute. Società Editrice il Mulino, Bologna 2000.
- 13) Tomm K. Le domande riflessive come mezzi per condurre all'auto guarigione. Fam Proc 1987; 26:167-183.
- 14) Bateson G. Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano 1977.
- 15) Watzlawick P et al. Pragmatica della Comunicazione umana, Editrice Astrolabio, Roma 1971.
- 16) Cronen Veron E, Kenneth M Lannamann et al. “Paradoxes. Double Binds and Reflexive Loops: an Alternative Theoretical Perspective”, 1982. Trad. it. “Paradossi, doppi legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa”, in Terapia Familiare 1983; 14.
- 17) Palazzoli MS et al. Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. Centro per lo Studio della Famiglia, Milano 1980.
- 18) Glanz SA. Statistica per discipline bio-mediche. Mc Graw Hill, 1997
- 19) Boscolo L, Cecchin G. Clinica Sistemica. Bollati Boringhieri, Torino 2004