Gruppo di ricerca geriatrica

Journal Club
10 Aprile 2009
Casi clinici in geriatria

Il dolore dell'anziano: una prospettiva clinica

Marco Trabucchi

Costruire un modello assistenziale senza barriere, estremismi, conflitti, banalizzazioni.
Il dolore è il peggior nemico dell'anziano e quindi è al centro dell'intervento clinico.
La storia dell'analgesia è una storia oscura della medicina.

“Mors ero mors tua”

il grido di Cristo risorto

Nonostante la scienza, il medico non è ancora in grado di gridare la sconfitta del dolore. Però la battaglia va combattuta con coraggio e intelligenza per raggiungere almeno una parte del risultato atteso.
Il medico e la sua immersione nel dolore del paziente.

Mi chiedo ormai da un po' se a tutto questo dolore mi abituerò.
Abituarsi. Tra i sinonimi di questa parola c'è anche "*assuefarsi*", termine che si usa anche per i farmaci quando ormai non esplicano più la loro azione, quando ormai non fanno più alcun effetto.
Spero di non assuefarmi mai al dolore.

(Marina Pizzoni)

“Chi sta bene non si interroga mai sulle ragioni del proprio benessere, a differenza di chi soffre che è sempre alla ricerca delle ragioni del proprio soffrire”.

(S. Natoli, 2002)

Il medico, la sua esperienza del dolore, la capacità di attenzione e compassione: non è un aspetto clinico facile.

“E’ una malattia orribile il tumore. Lo senti che ti corrode, che ti mangia da dentro, fa parte di te ma è contro di te.”

(P. Scoppola, 2008)

"Ça m'a traumatisée, ça a été quelque chose d'épouvantable. Mon mari n'avait pas mes idées, il ne voulait pas mourir. Il était aux soins palliatifs de l'hôpital des Diaconesses, un service formidable. Je l'ai vu descendre, descendre, avec la morphine. A la fin, il était très maigre, il n'avait plus rien de lui. C'était absolument l'horreur."

(Marguerite Messein)

“Il paziente vive l’esperienza dei propri sintomi come un senso di disordine, di perdita di controllo delle cose, sovente come un’ingiustizia, come una decurtazione di vitalità”.

(G. Bonadonna. Coraggio, ricominciamo, 2005)

La frustrazione del medico per le proprie inadeguatezze.

La realtà della clinica

A Louis Harris telephone survey found that one in five older Americans (18%) are taking analgesic medications regularly (several times a week or more), and 63% of those had taken prescription pain medications for more than 6 months. Older people are more likely to suffer from arthritis, bone and joint disorders, back problems, and other chronic conditions. This survey also found that 45% of patients who take pain medications regularly had seen three of more doctors for pain in the past 5 years, 79% of whom were primary care physicians. **Previous studies have suggested that 25% to 50% of community-dwelling older people suffer important pain problems. Pain is also common among nursing home residents. It has been estimated that 45% to 80% of them have substantial pain that is undertreated.**

(J Am Geriatr Soc 50:S205-S224, 2002)

The consequences of persistent pain among older people are numerous. **Depression, anxiety, decreased socialization, sleep disturbance, impaired ambulation, and increased healthcare utilization and costs** have all been found to be associated with the presence of pain in older people. Although less thoroughly described, many other conditions are known to be worsened potentially by the presence of pain, including **gait disturbances, slow rehabilitation, and adverse effects from multiple drug prescriptions.**

(J Am Geriatr Soc 50:S205-S224, 2002)

Lo specialista: non curare la sofferenza è come torturare

«Ogni anno muoiono 90 mila malati di cancro senza terapia del dolore»

La denuncia: oppioidi, Italia ultima nell'Ue

(Corriere della Sera, 27 novembre 2007)

Il vecchio non è nato per vivere a lungo. E’ la vita che ha indotto la sopravvivenza: ha quindi una particolare inadeguatezza ad affrontare il dolore ed ha bisogno della comprensione e dell’aiuto “forte” del medico.

Ogni provvedimento legislativo e regolatorio è vano se il medico non “capisce” il dolore.

“Il medico: un piccolo (grande) uomo che, dove guarda, vede”.
Ma è proprio vero?

Alcune situazioni particolari

Under-Treatment of Pain in Dementia: Assessment is Key

Raymond C. Tait, PhD, and John T. Chibnall, PhD

JAMDA 2008;9:372-374

Il dolore nelle residenze sanitarie assistenziali

A cura di Marco Trabucchi
Simone Franzoni
Floriana Luisa Giraudo

Carocci Faber 2009

Il dolore, il caregiver e la badante

Il medico e il suo personale dolore

La Medicina Basata sulle evidenze e la medicina narrativa

“Quel medico mi sta a sentire…
Non ha fretta. Non mi incalza per concludere rapidamente e soprattutto non mostra di sapere già ciò che sto per dirgli”.

Il difficile equilibrio tra un’esperienza che da sicurezza ed un’attenzione interessata e curiosa che dimostra una specifica vicinanza.

Capire le tappe del dolore

- L’abbattimento, in cui tutte le risorse personali sono assorbite dall’esperienza della sofferenza;
- La negazione cui si cerca di ignorare gli eventi e ci si comporta come se non esistessero;
- La ribellione, in cui si rifiutano, a volte perfino con rabbia, le circostanze dolorose;
- L’isolamento, in cui ci si allontana dagli altri, con una sorta di rancore geloso;
- La compiacenza, o auto-commiseramento, in cui ci si sente vittime di un mondo ostile.

(Binetti P & De Marinis MG. Il dolore narrato: pagine di letteratura. Critical Medicine Publishing Editore, 2005)

“I feel your pain”:
l’empatia ha basi biologiche?

La compassione è un atteggiamento che induce ad un’osservazione dell’altro che può essere definita prelogica, permettendo di prendere decisioni in presenza di un numero elevato di variabili, come spesso accade nel rapporto di cura.

Raffaello Cortina Editore
Giacomo Rizzolatti
Corrado Sinigaglia
So quel che fai
Il cervello che agisce
e i neuroni specchio
SCIENZA
E IDEE
Collana diretta
da Giulio Giorello

2006

Dobbiamo ipotizzare che la vista del viso altrui che esprime un'emozione attivi nell'osservatore gli stessi centri cerebrali che si attivano quando è lui stesso ad avere quella specifica reazione emotiva.

(Rizzolatti e Sinigaglia, So quel che fai, 2006)

Il coinvolgimento “biologico” nella sofferenza dell’altro crea un’identità di stati emotivi tra chi ha compassione e chi è compassionato?

Dare senso all’altro con il nostro “lavoro”, perché non muoia un fantasma.