

**DOLORE E ULCERA CUTANEA: DALLA CONSENSUS CONFERENCE ALLE RACCOMANDAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA**

Sandy, Furlini, MMG, ASL 7, Chivasso (TO)

Katia, Somà, Infermiera, Servizio Cure Domiciliari, ASL 7, Chivasso (TO)

Stefania Astolfi, Infermiera, Centro Vulnera, Torino

Piero, Bonadeo, Istituto di Chirurgia Vascolare e Angiologia dell'Università di Milano

Piero, Secreto, SCU Geriatria, ASO S Giovanni Battista (TO)

Cristina, Coppi, Assistente Sanitaria, Servizio vigilanza, accreditamento controllo qualità dell'assistenza, ASL di CREMONA

Pasquale, Longobardi, Centro Iperbarico S.R.L. Ravenna

Alessandro, Scalise, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università Politecnica delle Marche (AN)

Paolo, Notaro, Il Servizio di Anestesia e Rianimazione, Ospedale Niguarda (MI)

AIUC: PANEL NAZIONALE DOLORE

Il metodo delle conferenze di consenso, inizialmente messo a punto dai National Institutes of Health (NIH) statunitensi e successivamente ripreso e utilizzato con modifiche e aggiustamenti, consiste nella stesura di raccomandazioni da parte di una giuria al termine di una presentazione e consultazione di esperti che sintetizzano le conoscenze scientifiche su un dato argomento.

La giuria, composta da specialisti e non specialisti (solitamente coordinata da un presidente non esperto del settore) ascolta le relazioni di esperti su alcune domande o aspetti controversi della malattia o procedura in questione. L'analisi critica della letteratura, condotta preliminarmente dal comitato promotore, permette alla giuria un confronto tra prove disponibili e pareri o relazioni degli esperti.

Al termine delle relazioni la giuria si riunisce e, a porte chiuse, definisce le risposte sui quesiti principali per una presentazione pubblica. La presentazione si svolge alla presenza di esperti, di rappresentanti dei pazienti e della comunità scientifica e consente un primo dibattito pubblico delle raccomandazioni elaborate.

La I Conferenza di Consenso sul "Governare Clinico del dolore nel paziente con Lesione Cutanea Cronica", rappresenta un momento importante di confronto fra esperti di diversi settori della medicina ed infermieristica e consentirà di porre le basi per un buon cammino verso il miglioramento della qualità dell'assistenza ad una categoria di pazienti fragili.

I quesiti preliminari proposti, scaturiscono dalla ricerca ed osservazione clinica delle criticità in merito alla sfera dolore unita all'ulcerazione cutanea.

Cosa ci aspettiamo da questa prima Consensus Conference: una linea di indirizzo associativa in cui riconoscerci e su cui basare il nostro impegno quotidiano trattando i nostri pazienti afflitti spesso da dolore insopportabile.

Ecco i quesiti:

1. Quali sono le componenti fisiopatologiche del dolore da tenere in considerazione per porre una corretta diagnosi in caso di dolore e ulcera cutanea?
2. Quanto e come la cute perilesionale non sede di ulcerazione può contribuire alla genesi dello stimolo algogeno?
3. Quali sono le cause più probabili di algica in corso di ulcerazione cutanea?
4. La comprensione del dolore in corso di ulcerazione cutanea può essere implementata dall'inquadramento clinico generale del paziente?
5. La valutazione del dolore nel malato alla presa in carico (prima visita) ha caratteri diversi rispetto alla valutazione nel follow up?
6. Lo studio del dolore qualitativamente e quantitativamente, aiuta nell'inquadramento del paziente con lesioni cutanee croniche dolorose?
7. La relazione d'aiuto può contribuire a diminuire il dolore in un paziente con lesioni cutanee?
8. Quali regole operative nell'esecuzione delle medicazioni riducono il dolore?
9. In che misura l'utilizzo dell'antisettico gestisce il sintomo dolore in una lesione colonizzata/infetta?
10. L'utilizzo del bendaggio e quindi la riduzione dell'edema di gamba in una lesione cutanea cronica di origine venosa, può migliorare il dolore di ferita?
11. La cura della cute perilesionale può migliorare il dolore di ferita?
12. Utilizzando il modello di approccio a gradini proposto dall'OMS, è possibile intervenire sul dolore da ulcera cutanea attribuendo all'intensità esplicitata dal malato l'immediato corrispettivo gradino terapeutico?
13. Una volta individuata la componente nocicettiva del dolore da ulcera (infezione, ischemia tissutale, procedura di medicazione o prodotto errati), l'intervento sulla componente neuropatica del dolore ancorché non presente in modo definito, può modificare il decorso del sintomo?
14. Una terapia adiuvante mediante antidepressivi triciclici o SSRI di sfondo agli analgesici somministrata di routine può migliorare la risposta farmacologica e con essa la compliance del paziente?