

Medicina del dolore perioperatorio

Raccomandazioni della Società Svizzera di Anestesiologia e Medicina Perioperatoria, SSAPM

Collaboratori (in ordine alfabetico):

Andrea Berendes, St. Gallen; Mirko Binda, Lugano; Severin Burki, Stans; Sibylle Chettata, Basel, Renate Gerber-Herren, Winterthur; Michael Harnik, Bern; Katrin Meyer, Luzern; Benno Rehberg-Klug, Genève; Wilhelm Ruppen, Basel; Jürg Schliessbach, Zürich; Tobias Schneider, Basel; Susanne Schwarz, St. Gallen; Ulrike Stamer, Bern; Konrad Streitberger, Bern; Luzia Vetter, Luzern

Direzione editoriale: Benno Rehberg-Klug, Genève

Responsabile della versione italiana: Mirko Binda, Lugano

Version 1.0

1. Introduzione.....	3
<i>Obiettivo.....</i>	<i>Fehler! Textmarke nicht definiert.</i>
2. Raccomandazioni strutturali e organizzative.....	4
2.1. <i>Requisiti strutturali.....</i>	<i>4</i>
2.2. <i>Requisiti di processo.....</i>	<i>7</i>
3. Gestione interdisciplinare con i reparti chirurgici.....	10
3.1 <i>Sviluppo di protocolli per la terapia del dolore.....</i>	<i>10</i>
3.2. <i>Corsi di formazione in terapia del dolore.....</i>	<i>10</i>
3.3. <i>Collaborazione per la valutazione perioperatoria del paziente.....</i>	<i>10</i>
3.4. <i>Caso speciale: pazienti in cure palliative.....</i>	<i>10</i>
4. Identificazione dei pazienti a rischio di outcome sfavorevoli correlati al dolore dopo l'intervento chirurgico ..	11
4.1. <i>Identificazione dei pazienti a rischio di dolore acuto grave o CPSP.....</i>	<i>12</i>
4.2. <i>Pazienti a rischio di utilizzo a lungo termine di oppioidi dopo l'intervento chirurgico.....</i>	<i>12</i>
5. Miglioramento della comunicazione tra il servizio per il dolore acuto e il servizio del dolore cronico	13
<i>Riferimenti.....</i>	<i>Fehler! Textmarke nicht definiert.</i>
<i>Appendice.....</i>	<i>17</i>

Abbreviations

APS	Acute Pain service
CPSP	Chronic Post-Surgical Pain
ICD-11	11th Version of the International Classification of Diseases of the WHO
NRS	Numerical Rating Scale
PROs	Patient-reported outcomes
SOP	standard operating procedure
TENS	transcutaneous electrical nerve stimulation
TPS	Transitional Pain Service

1. Introduzione

La crescita e l'invecchiamento della popolazione hanno portato ad un numero crescente di interventi chirurgici eseguiti annualmente. Inoltre, la politica sanitaria richiede il passaggio alle procedure ambulatoriali ogni qualvolta sia possibile. Il trattamento chirurgico, sebbene minimamente invasivo, è associato a dolore postoperatorio acuto, che è anche associato allo sviluppo di dolore cronico dopo l'intervento chirurgico.

L'anestesia deve adattarsi a queste sfide. Il termine "medicina perioperatoria" comprende questo approccio più ampio alla cura del paziente, in cui la gestione del dolore è una componente chiave in questo campo emergente. Pertanto, la gestione del dolore perioperatorio è una componente indispensabile della cura del paziente, a partire da prima dell'intervento chirurgico e, se necessario, con il follow-up dei pazienti che presentano percorsi di guarigione complicati dal dolore e/o fattori di rischio per esiti sfavorevoli correlati al dolore dopo la dimissione.

Obiettivo

Il presente documento riassume le raccomandazioni della Società Svizzera di Anestesiologia e Medicina Perioperatoria (SSAPM) per la gestione del dolore acuto e subacuto dopo interventi chirurgici (d'ora in poi denominato "dolore perioperatorio") e del dolore cronico post-chirurgico (CPSP). Fornisce una panoramica delle raccomandazioni sulle strutture e sui processi che devono essere prese in considerazione e fa riferimento a strumenti di valutazione specifici per valutare l'outcome dolore. In definitiva, può fungere da linea guida per gli operatori sanitari, su come migliorare la cura e gli esiti dei pazienti correlati al dolore perioperatorio. Il documento si concentra quindi sulle raccomandazioni per i requisiti e i processi strutturali, con un'enfasi sulla cooperazione interdisciplinare e interprofessionale con i reparti chirurgici e altri importanti membri dell'équipe perioperatoria, come i fisioterapisti.

È necessario identificare i "pazienti a rischio" per guarigioni dal dolore complicate, come il dolore acuto grave con conseguente recupero prolungato e sviluppo di CPSP (Lavand'homme 2017). Alcuni gruppi di pazienti, come quelli con dolore cronico preesistente e terapia preoperatoria con oppioidi a lungo termine, possono trarre beneficio da approcci terapeutici in stretta collaborazione con colleghi specializzati nel trattamento del dolore cronico.

2. Raccomandazioni strutturali e organizzative

2.1. Requisiti strutturali

Sebbene ci siano stati sviluppi sostanziali nelle tecniche analgesiche, ad esempio, l'aumento dell'uso di blocchi nervosi periferici, il miglioramento complessivo della qualità nella gestione del dolore perioperatorio è stato messo in discussione, o quantomeno è stato inferiore alle attese, nonostante le singole iniziative di miglioramento della qualità e di strategie di trattamento avanzate (Meissner et al. 2018). Uno dei motivi è che gli outcome favorevoli riferiti dai pazienti (PRO), correlati al dolore a lungo termine, sono raggiungibili solo se viene eseguita una formazione continua di tutti gli operatori sanitari coinvolti (Reinhard et al. 2023).

Come Rawal e Berggren hanno sottolineato 30 anni fa, la soluzione al problema dell'inadeguato sollievo dal dolore postoperatorio, non risiede tanto nello sviluppo di nuove tecniche, ma nello sviluppo di un'organizzazione strutturale per un migliore uso delle tecniche esistenti (N Rawal and Berggren 1994)

Tuttavia, questa organizzazione strutturale della gestione del dolore perioperatorio è insufficiente in molti ospedali, o esiste solo all'interno del reparto di anesthesiologia, senza un concetto comune a livello ospedaliero, che integri tutti i reparti e le discipline coinvolte. L'assistenza perioperatoria centrata sul paziente è considerata un elemento chiave della cura, che comprende una buona comunicazione con il paziente, atta a fornirgli informazioni sufficienti sul trattamento, consentirgli di partecipare alle decisioni e fornirgli un'educazione continua del paziente (Komann et al. 2021; Schwenkglenks et al. 2014; Zaccagnino et al. 2017). Sono necessari personale qualificato, responsabilità chiare e compiti ben definiti.

Standard minimi e condivisi su un personale adeguato sono la chiave per un'assistenza di alta qualità (Werner et al. 2002). Più importanti delle sofisticate tecniche analgesiche sono i team dedicati in grado di ottimizzare i regimi di trattamento multimodale attraverso una stretta collaborazione interdisciplinare e interprofessionale (Rawal 2016; Said et al. 2018). È necessaria un linguaggio comune da parte di tutte le professioni e le discipline coinvolte. I team leader dovrebbero anche avere esperienza nella gestione del dolore cronico. Idealmente, dovrebbe essere disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7, uno specialista del dolore esperto, ma questo non è attualmente realistico. Pertanto, in futuro un maggior numero di anestesisti dovrebbe essere formato sulla gestione del dolore cronico.

Si raccomandano fortemente protocolli scritti interdisciplinari e interprofessionali. Dovrebbero definire chi è il leader, in quale area e in quale momento, in modo che non ci siano prescrizioni mediche doppie o mancanti. Inoltre, questi protocolli dovrebbero prevedere norme sugli atti medici delegati al personale infermieristico e il necessario diritto dei medici che lavorano nel servizio del dolore di impartire istruzioni al personale infermieristico del reparto (Erlenwein et al. 2019).

Sono necessari una comprensione e un atteggiamento comuni riguardo all'analgesia tra tutti i professionisti di tutti i reparti coinvolti, preferibilmente all'interno di una struttura congiunta nell'assistenza perioperatoria. Per una gestione coordinata del dolore perioperatorio, i compiti, le competenze e le responsabilità delle singole discipline e professioni dovrebbero essere definiti e registrati per iscritto (Tabella 1).

Table 1: Requisiti strutturali dei servizi per il dolore perioperatorio negli ospedali.

Ambito	Requisito	Forza della raccomandazione
Personale	È disponibile personale medico e infermieristico qualificato dedicato alla gestione del dolore perioperatorio con contingenti di tempo dedicati alla gestione del dolore perioperatorio.	forte raccomandazione
	Il responsabile del servizio del dolore è un consulente con responsabilità generale (anestesista certificato FMH).	forte raccomandazione
	Il responsabile del servizio del dolore ha almeno il certificato "SPS pain specialist" o equivalente.	forte raccomandazione
	Nei grandi ospedali (A1), il responsabile del servizio del dolore ha almeno il certificato "SSIPM" o equivalente.	forte raccomandazione
	Gli anestesisti in formazione hanno una rotazione programmata nel servizio del dolore.	raccomandazione
	Il personale infermieristico del servizio del dolore è in possesso di una laurea in infermieristica anestesiologicala e/o di una formazione dedicata come infermiere del dolore.	forte raccomandazione
	Il personale infermieristico del servizio del dolore ha un certificato di formazione in medicina del dolore, ad esempio lo "specialista del dolore SPS" o equivalente.	raccomandazione
	Negli ospedali più grandi, l'impiego di un infermiere di pratica avanzata (APN) può avere senso per il coordinamento delle attività organizzative o la gestione perioperatoria di pazienti complessi o a lungo ospedalizzati.	raccomandazione
Disponibilità	Il servizio del dolore è reperibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con recapiti dedicati, visibili per tutte le discipline e professioni dell'ospedale.	forte raccomandazione
	Al di fuori dell'orario di lavoro, un anestesista certificato FMH è responsabile della gestione del dolore.	forte raccomandazione
	Al di fuori dell'orario di lavoro principale, almeno uno specialista del dolore è disponibile come medico interno o su chiamata.	aperto (*)

	Qualsiasi medico responsabile del servizio del dolore durante l'orario di guardia ha subito una rotazione di almeno 2 mesi nel servizio del dolore.	raccomandazione
Organizzazione	Gli accordi scritti tra i reparti chirurgici e il servizio del dolore definiscono le responsabilità.	forte raccomandazione
	Esistono percorsi di comunicazione chiaramente definiti tra gli operatori sanitari pre, intra e postoperatori.	Forte raccomandazione
	Esistono riunioni regolari (almeno settimanali) del team del servizio del dolore per discutere e comunicare i problemi relativi al paziente.	raccomandazione
	Esistono riunioni regolari (almeno mensili) del team del servizio del dolore per discutere i problemi strutturali.	raccomandazione
Documentazione	Esiste un sistema di documentazione elettronica accessibile a tutte le discipline e a tutte le professioni.	Forte raccomandazione
	La documentazione include la terapia in corso dei pazienti, le prescrizioni di analgesia, compresi i farmaci in riserva, le impostazioni e l'utilizzo della PCA, l'intensità del dolore riferita dal paziente, le scale di misurazione del dolore che affrontano l'interferenza funzionale fisica e affettiva, gli effetti collaterali.	Forte raccomandazione
Attività didattica	L'organizzazione e l'attuazione di corsi di formazione regolari per i collaboratori di tutti i reparti è un compito centrale del servizio del dolore.	raccomandazione
Istruzione e formazione	Personnel of the pain service participates in at least 3 hours of continuing medical education related to pain management per year.	forte raccomandazione

Queste raccomandazioni sono il risultato di un processo Delphi tra 16 esperti di dolore perioperatorio, sulla base di precedenti suggerimenti in letteratura (Brunsmann, Stamer, and Meissner 2021; Narinder Rawal 2016; Erlenwein et al. 2019; Stamer, Liguori, and Rawal 2020; van den Heuvel et al. 2024).

Una "raccomandazione forte" indica che almeno il 75% degli esperti ha votato a favore di una raccomandazione forte e che questo dovrebbe essere un requisito indispensabile. La "raccomandazione" indica che meno del 75% degli esperti ha votato a favore di una raccomandazione forte, ma più del 25%. "Raccomandazione aperta" significa che meno del 25% ha votato a favore di una raccomandazione forte.

(*) Questa raccomandazione è stata lasciata aperta, sapendo che non ci sono abbastanza specialisti del dolore disponibili.

2.2. Requisiti di processo

Mentre le strutture descrivono l'ambiente in cui viene fornita l'assistenza (compreso il personale, le caratteristiche organizzative e le risorse), i processi descrivono come viene fornita l'assistenza ai pazienti nella routine clinica quotidiana, come il personale interagisce con i pazienti e come funziona la cooperazione di diverse discipline e professioni.

La gestione del dolore è un approccio multidisciplinare e multiprofessionale che deve essere regolarmente rafforzato e aggiornato. Solo una buona interazione tra strutture e processi può portare a risultati complessivamente favorevoli per i pazienti e avrà un effetto sulla salute della popolazione. Per i pazienti a rischio di CPSP, è particolarmente importante garantire un continuum tra la gestione del dolore ospedaliera e ambulatoriale postoperatoria. Processi chiaramente definiti tra le istituzioni e i fornitori di cure primarie sono obbligatori per prevenire la transizione al dolore cronico.

I requisiti di processo consigliati sono elencati nella Tabella 2.

Table 2: Requisiti di processo di un servizio per il dolore perioperatorio negli ospedali (adapted from (Brunsmann, Stamer, and Meissner 2021; Stamer, Liguori, and Rawal 2020; van den Heuvel et al. 2024))

Collaborazione con altre discipline	Per es.: Chirurgia, fisioterapia, farmacia, psicologia, psichiatria: sviluppare percorsi e standard comuni in materia di prevenzione, documentazione e trattamento del dolore
Informazione ed educazione dei pazienti	Informazioni preoperatorie per il paziente sulle opzioni di trattamento analgesico e sui possibili eventi/rischi avversi. Processo decisionale condiviso e comunicazione di un piano di trattamento. Educazione del paziente su: <ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi della terapia antalgica • aspettative di trattamento realistiche • Valutazione del dolore e della funzione • approcci terapeutici non medici • autoefficacia
Identificazione dei pazienti a rischio per la gestione del dolore perioperatorio complicato e CPSP	At every perioperative stage: preoperatively by the surgeon and/or the anaesthesiologist, in the PACU and postoperatively on the ward (c.f. chapter 4 for details)
Gestione delle dimissioni	La riduzione graduale degli oppioidi dovrebbe essere iniziata il prima possibile. L'obiettivo generale è una dimissione senza alcun farmaco oppioide. (cfr. capitolo 4.2 per i dettagli) <ul style="list-style-type: none"> • Le informazioni scritte per il paziente su come continuare e ridurre gli analgesici devono essere distribuite e spiegate oralmente.

	<ul style="list-style-type: none"> • Raccomandazioni scritte ai medici di medicina generale/al medico che fornisce ulteriori trattamenti, compreso il dosaggio di analgesici e co-analgesici.
Gestione del trasferimento di competenza	<p>Percorsi chiaramente definiti e comunicazione strutturata tra il personale responsabile dell'assistenza ospedaliera e postoperatoria, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurghi • specialisti del dolore • Fisioterapisti • fornitori di cure primarie <p>Ciò può includere l'implementazione di un Transitional Pain Service come collegamento tra l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale (cfr. capitolo 5)</p>
Gestione della qualità	<ul style="list-style-type: none"> • Vengono eseguite misure continue di miglioramento della qualità considerando i processi e gli esiti riportati dai pazienti. • Verifiche periodiche dei rischi e dei benefici delle tecniche analgesiche. • Analisi degli incidenti critici.

Dovrebbero essere disponibili standard specifici per l'ospedale (SOP/linee guida per la gestione del dolore perioperatorio) sviluppati e implementati congiuntamente da tutte le discipline e professioni. Questi dovrebbero includere standard per la gestione del dolore basati su un concetto multimodale in linee guida aggiornate (ad esempio, ANZCA¹ e PROSPECT).² Ciò include, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, i metodi presentati nella Tabella 3.

Table 3: Analgesia perioperatoria multimodale. Le controindicazioni tra tutti i farmaci e i metodi devono essere sempre considerate.

Analgesia sistemica	<ul style="list-style-type: none"> • Analgesia di base con uno o due analgesici non oppioidi: FANS, metamizolo, paracetamolo in dosi giornaliere sufficienti • Se indicato: oppioidi a breve durata d'azione, inclusa l'analgesia orale o endovenosa controllata dal paziente (PCA)
Anestesia regionale: Utilizzare quando possibile!	<ul style="list-style-type: none"> • Analgesia neuroassiale, in particolare cateteri peridurali per chirurgia addominale/toracica estesa • Blocchi di fascia come TAP-block, PEC-block, blocco paravertebrale • Blocchi nervosi periferici ("single shot")

¹ <https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf>

² <https://esraeurope.org/pain-management/>

	<ul style="list-style-type: none"> • In casi selezionati cateteri perinervosi con somministrazione continua di farmaci
<p>Co-analgesici</p> <p>Cave: Utilizzare solo per indicazioni specifiche, le prove sono deboli per la maggior parte dei tipi di chirurgia!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • desametasone (per gli effetti analgesici almeno 8 mg somministrati in modo tempestivo per l'effetto ritardato) • i.v. Ketamina • i.v. Lidocaina • altri, ad esempio gabapentinoidi, antidepressivi, $\alpha 2$-agonisti...
<p>Terapie fisiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulazione/mobilizzazione precoce • Fisioterapia • Agopuntura, sia per il trattamento del dolore che per la PONV • TENS • Misure fisiche come impacchi freddi e posizionamento
<p>Interventi psicologici</p> <p>Nota: dovrebbe iniziare già prima dell'intervento quando possibile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educazione del paziente (idealmente per tutti i pazienti) • Riduzione della paura e dell'ansia, ad esempio mediante ipnosi • Interventi brevi specifici per pazienti con catastrophizing o bassa autostima • Trattamento della depressione

Ulteriori "procedure operative standard (POS)" dovrebbero essere formulate per procedure specifiche. Tali SOP dovrebbero essere disponibili in forma scritta e accessibili a tutto il personale coinvolto.

Esempi di SOPs:

- analgesia peridurale postoperatoria in reparto
- blocchi nervosi periferici continui postoperatori
- protocolli analgesici per specifici tipi di intervento chirurgico (taglio cesareo, chirurgia bariatrica, THA ecc.)
- somministrazione di oppioidi sistemici (e.v. e somministrazione orale, PCA)
- diagnosi e trattamento di complicanze gravi, ad es. sospetto ematoma epidurale, ascesso epidurale
- gestione di pazienti speciali, come i pazienti che assumono oppioidi a lungo termine prima dell'intervento chirurgico e i pazienti in cure palliative

3. Gestione interdisciplinare con i reparti chirurgici

Per la maggior parte dei pazienti chirurgici, la terapia del dolore postoperatoria è fornita dall'équipe chirurgica. A seconda delle procedure chirurgiche e delle tecniche analgesiche, solo una minoranza di pazienti deve essere assistita dal servizio per il dolore acuto.

Tuttavia, nell'ambiente ospedaliero frenetico di oggi, i chirurghi e gli infermieri di reparto hanno risorse limitate per la gestione del dolore. La cooperazione interdisciplinare è quindi necessaria per ottimizzare l'uso delle risorse di tutte le discipline. Gli anestesisti dovrebbero impegnarsi in questa cooperazione nei seguenti settori:

3.1 Sviluppo di protocolli per la terapia del dolore

Ogni ospedale deve disporre di procedure standard comuni per il trattamento del dolore postoperatorio (vedi capitolo 2.2 e tabella 3), elaborate congiuntamente dai reparti di chirurgia e anestesia. Questi dovrebbero includere indicazioni per analgesici non oppioidi, co-analgesici e soprattutto oppioidi. Per gli oppioidi, possono essere inclusi suggerimenti sulla durata della terapia.

Dovrebbero essere utilizzate raccomandazioni internazionali basate sull'evidenza che possono essere adattate ai contesti locali (S. Schug et al. 2020; "AWMF S3 Leitlinie Akutschmerz" 2021; Chou et al. 2016; Joshi et al. 2023).

3.2. Corsi di formazione in terapia del dolore

Gli ospedali dovrebbero fornire formazione sulla gestione del dolore per le équipe chirurgiche (chirurghi, infermieri e fisioterapisti), e gli anestesisti coinvolti nella terapia del dolore dovrebbero cooperare nel fornire tale istruzione.

3.3. Collaborazione per la valutazione perioperatoria del paziente

I chirurghi visitano i pazienti molto prima dell'intervento chirurgico rispetto all'anestesista, e possono quindi essere in una posizione migliore per identificare precocemente i pazienti a rischio di dolore acuto grave o di dolore cronico post-chirurgico (vedi cap. 4), e per avviare misure preventive. La collaborazione tra chirurghi e anestesisti può aiutare a trasformare il tempo di attesa prima dell'intervento chirurgico in un "tempo di preparazione" (= preabilitazione).

Allo stesso modo, chirurghi e anestesisti dovrebbero collaborare nel follow-up dopo l'intervento chirurgico, specialmente nei pazienti identificati come a rischio di dolore cronico dopo l'intervento chirurgico, e in quelli dimessi con un nuovo farmaco oppioide. Ad esempio, questo può essere organizzato attraverso un incontro calendarizzato e la discussione di casi tra i chirurghi e il team del servizio del dolore.

3.4. Caso speciale: pazienti in cure palliative

In alcuni ospedali i pazienti terminali sono assistiti da un servizio specializzato di cure palliative, in altri ospedali l'assistenza perioperatoria dei pazienti terminali deve essere condivisa dalle équipe chirurgiche e anestesologiche.

Gli approcci terapeutici dovrebbero mettere al centro dell'attenzione il controllo dei sintomi e la qualità della vita individuale, anche nel contesto perioperatorio. Si raccomanda un approccio e

una valutazione interdisciplinare e multiprofessionale, biopsicosociale e spirituale. Nel contesto perioperatorio, prima dell'intervento chirurgico devono essere definite decisioni chiare in merito alle manovre di supporto vitale, alla rianimazione e alle decisioni terapeutiche.

4. Identificazione dei pazienti a rischio di outcome sfavorevoli correlati al dolore dopo l'intervento chirurgico

Un outcome sfavorevole correlato al dolore dopo l'intervento chirurgico può essere un forte dolore acuto con difficile gestione del dolore postoperatorio e, a lungo termine, lo sviluppo di dolore cronico dopo l'intervento chirurgico e l'uso a lungo termine di oppioidi. Il dolore cronico può interferire in modo significativo con le attività della vita quotidiana e comportare una riduzione della qualità della vita correlata alla salute. Ciò si riflette anche nella definizione di dolore cronico dell'ICD-11³.

Box 1 - ICD-11 Definizione di dolore cronico:

Il dolore è un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata, o simile a quella associata, a un danno tissutale effettivo o potenziale.

Il dolore cronico è un dolore che persiste o si ripresenta per più di 3 mesi. Il dolore cronico è multifattoriale: fattori biologici, psicologici e sociali contribuiscono alla sindrome del dolore.

Con il lancio dell'11a versione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11) da parte dell'OMS nel 2023, il dolore cronico è ora riconosciuto come una malattia e non solo come un sintomo (Schug et al. 2019). Il dolore cronico post-chirurgico (CPSP, codice MG30.21) e il dolore cronico post-traumatico (MG30.20) saranno inclusi nelle future statistiche sanitarie.

Box 2 - ICD-11 definizione di dolore cronico post-chirurgico CPSP³

Il dolore cronico postchirurgico è un dolore cronico che si sviluppa o aumenta di intensità dopo un intervento chirurgico.

Il dolore cronico postchirurgico è un dolore cronico che si sviluppa o aumenta di intensità dopo una procedura chirurgica e persiste oltre il processo di guarigione, cioè almeno 3 mesi dopo l'intervento chirurgico.

Il dolore è localizzato nel campo chirurgico, irradiato nel territorio di innervazione di un nervo situato in quest'area, o riferito a un dermatomero (dopo un intervento chirurgico/lesione di tessuti somatici o viscerali profondi).

Altre cause di dolore, tra cui infezioni, tumori maligni, ecc., devono essere escluse, così come il dolore preesistente all'intervento chirurgico che si protrae anche dopo.

A seconda del tipo di intervento chirurgico, il dolore cronico post-chirurgico spesso può essere dolore neuropatico.

Se il dolore persiste da una condizione preoperatoria, l'intensità o le caratteristiche del dolore devono essere diverse dallo stato preoperatorio.

³ ICD-11 per le statistiche di mortalità e morbilità. (<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>).

La CPSP è stata identificata come una delle principali cause di morbidità post-chirurgica. Per valutare meglio gli aspetti multidimensionali del dolore cronico, l'OMS definisce la "gravità del dolore" in base a tre dimensioni: intensità del dolore, interferenza funzionale correlata al dolore e disagio correlato al dolore. Tutte e tre le dimensioni dovrebbero essere valutate come una cosiddetta "postcoordinazione" del codice ICD-113 (Treede et al. 2019; ICD web interface WHO)

4.1. Identificazione dei pazienti a rischio di dolore acuto grave o CPSP

Per prevenire il dolore acuto grave o lo sviluppo di CPSP, devono essere identificati i pazienti a rischio di un decorso anomalo del dolore, idealmente prima dell'intervento chirurgico, e seguiti dopo la dimissione. I fattori di rischio per il dolore cronico dopo l'intervento chirurgico sono stati ampiamente studiati (Segelcke, Rosenberger, and Pogatzki-Zahn 2023)..

È noto che alcune procedure chirurgiche provocano alti tassi di CPSP, come l'amputazione degli arti, l'artroprotesi, la chirurgia della colonna vertebrale, la mastectomia e la toracotomia. Inoltre, sono ben descritti fattori correlati al paziente che aumentano il rischio di dolore cronico dopo l'intervento chirurgico, come l'età giovanile (adulta), il sesso femminile e lo stato socioeconomico, nonché fattori psicologici come l'ansia (conclamata e border-line), la depressione, il pain catastrophizing, la paura nel fare riabilitazione e la bassa autostima (Giusti et al., 2021).

Anche i pazienti che assumono oppioidi a lungo termine prima dell'intervento chirurgico necessitano di un'attenzione particolare, per evitare l'interruzione accidentale della terapia e per pianificare alternative all'analgesia a base di oppioidi in alcuni casi. Dovrebbero esistere SOP scritte per gestire questi pazienti (vedere capitolo 2.2).

Oltre allo screening preoperatorio del paziente, ci sono degli alert postoperatori che dovrebbero portare a un follow-up: qualsiasi decorso anomalo del dolore postoperatorio dovrebbe essere valutato dal team del dolore durante il ricovero, poiché segnala un rischio per lo sviluppo di CPSP. La guarigione anomala può essere segnalata da diversi parametri, che devono essere monitorati personalmente (mediante revisione delle cartelle cliniche, visite dei pazienti e/o collaborazione con chirurghi, infermieri di reparto e fisioterapisti) o automaticamente (tramite alert in un sistema elettronico di gestione dei dati dei pazienti):

- punteggi di dolore acuto insolitamente alti al primo giorno postoperatorio
- punteggi del dolore non regrediscono durante il ricovero
- uso inspiegabilmente elevato di antidolorifici su richiesta
- paziente che non esegue la fisioterapia come previsto (dopo aver escluso come motivo una terapia del dolore insufficiente).
- paziente dimesso con oppioidi, se non previsto da un protocollo di rapida dimissione.

4.2. Pazienti a rischio di utilizzo a lungo termine di oppioidi dopo l'intervento chirurgico

In generale, i pazienti che assumono oppioidi prima dell'intervento chirurgico continueranno ad assumere oppioidi dopo l'intervento chirurgico, in particolare se non è stato fatto alcuno sforzo per ridurre la dose prima dell'intervento e le dosi sono elevate.

I nuovi farmaci oppioidi a lunga durata d'azione, assunti per il dolore cronico dopo l'intervento chirurgico, sono stati individuati tra le cause della crisi degli oppioidi nordamericana con la pratica di prescrizione dei medici che contribuisce in modo considerevole. In Europa, anche le prescrizioni di oppioidi in generale sono aumentate, tuttavia, un'epidemia di oppioidi, specificamente indotta dall'uso a lungo termine di oppioidi dovuta alla CPSP, non è stata confermata fino ad ora (Hofer et al. 2024). La maggior parte dei pazienti trattati con oppioidi postoperatori a lungo termine presentava dolore cronico non correlato alla chirurgia o dolore cronico preesistente nel sito chirurgico che non soddisfaceva la definizione ICD-11.

Allo stesso modo in cui vengono indagati i fattori di rischio cardiovascolare, prima dell'intervento dovrebbero essere ricercati i fattori di rischio rilevanti per l'uso persistente di oppioidi. Questi includono dolore cronico preesistente prima dell'intervento chirurgico, uso preoperatorio di oppioidi, fattori psicosociali (ad esempio, ansia, depressione) e una storia di abuso di sostanze. Gli indicatori perioperatori sono il dolore intenso e l'elevata richiesta di oppioidi.

I pazienti che devono sottoporsi a un intervento chirurgico, che presentano dolore preoperatorio nel sito chirurgico (prima ad esempio, della sostituzione dell'articolazione, di interventi alla schiena e alla colonna vertebrale) spesso beneficiano di un intervento chirurgico con meno dolore e una migliore funzionalità. Tuttavia, i farmaci oppioidi devono essere ridotti gradualmente, e questo deve essere comunicato chiaramente. Iniziare a ridurre la dose di oppioidi prima dell'intervento sarebbe utile per la fase perioperatoria e postoperatoria, ma qualcuno deve occuparsene (→ comunicazione, responsabilità). Dovrebbero essere discusse le aspettative realistiche per il controllo del dolore, compreso il trattamento non farmacologico del dolore e l'uso sicuro di analgesici. Perioperatoriamente, dovrebbe essere stabilito un regime analgesico multimodale (Tabella 3) e gli oppioidi dovrebbero essere ridotti gradualmente il prima possibile.

Prima della dimissione, i pazienti devono essere istruiti sui regimi di riduzione per gli analgesici, con gli oppioidi che sono il primo farmaco ad essere ridotto. Il numero di compresse somministrate e la durata della prescrizione di oppioidi devono essere limitati, di solito a una settimana dopo la dimissione.

Le prescrizioni ripetute di oppioidi aumentano il rischio di uso a lungo termine di oppioidi e il medico di base del paziente deve essere informato della necessità di ridurre gradualmente gli oppioidi. Se il dolore supera il normale periodo di guarigione, prendere in considerazione il rinvio a uno specialista del dolore, in particolare in caso di assunzione continua di oppioidi. Sono state pubblicate diverse dichiarazioni di consenso per fornire indicazioni sull'uso perioperatorio sicuro degli oppioidi (Levy et al. 2021)

5. Migliore comunicazione tra il servizio per il dolore acuto e il servizio del dolore cronico

Nei casi in cui le cliniche ambulatoriali del dolore e i servizi ospedalieri per il dolore acuto sono entità separate, spesso non esiste un continuum di cura tra la gestione del dolore ospedaliero e ambulatoriale. Tuttavia, un tale continuum di cura è fondamentale per il follow-up dei pazienti a rischio di dolore postoperatorio persistente e dovrebbe includere anche il fornitore di cure primarie (medico di famiglia).

Come discusso nel Capitolo 4, i pazienti con dolore cronico sono a rischio di esiti sfavorevoli del dolore postoperatorio (dolore acuto grave e dolore postoperatorio cronico) e la conoscenza e l'esperienza degli specialisti del dolore cronico sono necessarie per gestire adeguatamente questi pazienti. Anche con la formazione (vedi Capitolo 2), i team del dolore acuto spesso mancano di esperienza con le complesse componenti psicosociali del dolore cronico. Inoltre, questi pazienti richiedono un follow-up dopo la dimissione dall'ospedale. Questo follow-up dovrebbe essere condiviso tra il fornitore di cure primarie e il consulto per il dolore cronico.

Percorsi chiaramente definiti e una comunicazione strutturata all'interno dell'istituzione sanitaria (compresi chirurghi, specialisti del dolore ospedalieri e ambulatoriali e fisioterapisti), e tra l'istituzione e i fornitori di cure primarie, sono essenziali per fornire un'efficace gestione del dolore, e potenzialmente prevenire la transizione al dolore cronico.

Per facilitare la transizione dalla gestione del dolore ospedaliero a quella ambulatoriale, alcune istituzioni possono scegliere di creare team specializzati, come è stato discusso e pubblicato da diversi ospedali, come Toronto (Transitional Pain Service, TPS), Belgio (servizio per il dolore postchirurgico cronico), Helsinki (clinica ambulatoriale per il dolore acuto) e Stati Uniti (Perioperative Surgical Home, PSH) (Katz 2015; De Kock 2009; Tiippana et al. 2016; Vetter e Kain 2017).

Non vi è alcuna raccomandazione per la creazione di un'équipe specializzata (chiamata "transitional pain service") e l'organizzazione dipenderà dalle specificità di ciascun ospedale. L'elemento importante che accomuna tutti questi servizi è il trasferimento strutturato di informazioni e la cooperazione tra tutti i fornitori di cure.

Riferimenti

- AWMF S3 Leitlinie Akutschmerz. 2021. 2021. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-025>.
- Brunsmann F, Stamer U, Meissner W. 2021. "Akutschmerz-Management: Aufgabe für Team und Leitung." *Deutsches Ärzteblatt*. February 12, 2021. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/217788/Akutschmerz-Management-Aufgabe-fuer-Team-und-Leitung>.
- Chou R, Gordon DG, de Leon-Casasola OA, et al. 2016. "Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council." *The Journal of Pain* 17 (2): 131–57. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>.
- De Kock M. 2009. "Expanding Our Horizons: Transition of Acute Postoperative Pain to Persistent Pain and Establishment of Chronic Postsurgical Pain Services." *Anesthesiology* 111 (3): 461–63. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181afde28>.
- Erlenwein, J., W. Meißner, F. Petzke, E. Pogatzki-Zahn, U. Stamer, and W. Koppert. 2019. "Personelle und organisatorische Voraussetzungen für Schmerzdienste in Krankenhäusern." *Anaesthetist* 68 (5): 317–24. <https://doi.org/10.1007/s00101-019-0589-8>.
- Giusti, Emanuele M., Lacerenza M, Manzoni G, and Castelnovo G. 2021. "Psychological and Psychosocial Predictors of Chronic Postsurgical Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Pain* 162 (1): 10–30. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001999>.
- Heuvel, S van den, van Boekel R et al.. 2024. "Perioperative Pain Management Models in Four European Countries: A Narrative Review of Differences, Similarities and Future Directions." *European Journal of Anaesthesiology* 41 (3): 188–98. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001919>.
- ICD web interface. WHO. "ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics." WHO. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>.
- Joshi, G. P., E. Albrecht, M. Van de Velde, H. Kehlet, D. N. Lobo, and PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy. 2023. "PROSPECT Methodology for Developing Procedure-Specific Pain Management Recommendations: An Update." *Anaesthesia* 78 (11): 1386–92. <https://doi.org/10.1111/anae.16135>.
- Katz, Joel, Weinrib A, Fashler S, Katznelzon R, Shah B, Salima S, Ladak, J, et al. 2015. "The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: Development and Implementation of a Multidisciplinary Program to Prevent Chronic Postsurgical Pain." *Journal of Pain Research* 8:695–702. <https://doi.org/10.2147/JPR.S91924>.
- Komann M, Baumbach P, Stamer UM et al. 2021. "Desire to Receive More Pain Treatment - A Relevant Patient-Reported Outcome Measure to Assess Quality of Post-Operative Pain Management? Results From 79,996 Patients Enrolled in the Pain Registry QUIPS from 2016 to 2019." *The Journal of Pain* 22 (6): 730–38. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.01.002>.
- Lavand'homme P. 2017. "Transition from Acute to Chronic Pain after Surgery." *PAIN* 158 (April):S50. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000809>.
- Levy, N., J. Quinlan, K. El-Boghdady, W. J. Fawcett, V. Agarwal, R. B. Bastable, F. J. Cox, et al. 2021. "An International Multidisciplinary Consensus Statement on the Prevention of Opioid-Related Harm in Adult Surgical Patients." *Anaesthesia* 76 (4): 520–36. <https://doi.org/10.1111/anae.15262>.
- Meissner, Winfried, Huygen F, Neugebauer E, et al. 2018. "Management of Acute Pain in the Postoperative Setting: The Importance of Quality Indicators." *Current Medical Research and Opinion* 34 (1): 187–96. <https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1391081>.
- Rawal, N, and L Berggren. 1994. "Organization of Acute Pain Services: A Low-Cost Model." *Pain* 57 (1): 117–23.

- Rawal, Narinder. 2016. "Current Issues in Postoperative Pain Management." *European Journal of Anaesthesiology* 33 (3): 160–71. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000366>.
- Reinhard, Jan, Pulido L, Schindler M, et al. 2023. "No Success without Effort: Follow-Up at Six Years after Implementing a Benchmarking and Feedback Concept for Postoperative Pain after Total Hip Arthroplasty." *Journal of Clinical Medicine* 12 (14): 4577. <https://doi.org/10.3390/jcm12144577>.
- Said, Engy T., Sztain J, Abramson W, et al. 2018. "A Dedicated Acute Pain Service Is Associated With Reduced Postoperative Opioid Requirements in Patients Undergoing Cytoreductive Surgery With Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy." *Anesthesia and Analgesia* 127 (4): 1044–50. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003342>.
- Schug, SA, GM Palmer, DA Scott, M Alcock, R Halliwell, JF Mott, and APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. 2020. "Acute Pain Management: Scientific Evidence (5th Edition)." ANZCA & FPM, Melbourne. <https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf>.
- Schug, Stephan A., Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R, and IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. 2019. "The IASP Classification of Chronic Pain for ICD-11: Chronic Postsurgical or Posttraumatic Pain." *Pain* 160 (1): 45–52. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>.
- Schwenkglens, Matthias, Gerbershagen H, Taylor R, et al. 2014. "Correlates of Satisfaction with Pain Treatment in the Acute Postoperative Period: Results from the International PAIN OUT Registry." *Pain*, April. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.04.021>.
- Segelcke, Daniel, Rosenberger D, and Pogatzki-Zahn E. 2023. "Prognostic Models for Chronic Postsurgical Pain-Current Developments, Trends, and Challenges." *Current Opinion in Anaesthesiology*, July. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001299>.
- Stamer, Ulrike M., Liguori G, and Rawal N. 2020. "Thirty-Five Years of Acute Pain Services: Where Do We Go From Here?" *Anesthesia and Analgesia* 131 (2): 650–56. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004655>.
- Tiippana, Elina, Hamunen K, Heiskanen T, et al. 2016. "New Approach for Treatment of Prolonged Postoperative Pain: APS Out-Patient Clinic." *Scandinavian Journal of Pain* 12 (July):19–24. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.02.008>.
- Treede, Rolf-Detlef, Rief W, Barke A, et al. 2019. "Chronic Pain as a Symptom or a Disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11)." *Pain* 160 (1): 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>.
- Vetter, Thomas R., and Kain Z. 2017. "Role of the Perioperative Surgical Home in Optimizing the Perioperative Use of Opioids." *Anesthesia and Analgesia* 125 (5): 1653–57. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002280>.
- Werner, Mads U., S holm L, Rotb ll-Nielsen P, Kehlet H. 2002. "Does an Acute Pain Service Improve Postoperative Outcome?" *Anesthesia and Analgesia* 95 (5): 1361–72, table of contents. <https://doi.org/10.1097/00000539-200211000-00049>.
- Zaccagnino, Michael P., Bader A, Sang C, and Correll D. 2017. "The Perioperative Surgical Home: A New Role for the Acute Pain Service." *Anesthesia and Analgesia* 125 (4): 1394–1402. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002165>

Appendice

Esempi di implementazione della comunicazione strutturata in un grande ospedale interregionale (San Gallo) e in un ospedale regionale (Nidvaldo).

Eempio St. Gallen:

Il Kantonsspital St. Gallen ha implementato un servizio specifico per il dolore transizionale (TPS, a San Gallo chiamato "Mobiles Schmerzteam") composto da un infermiere specializzato nel dolore, un medico senior di cure palliative specializzato in medicina del dolore e il medico assistente a rotazione in Anestesiologia). I pazienti con fattori di rischio per un esito sfavorevole del dolore possono essere intercettati prima dell'intervento mediante consultazioni preoperatorie chirurgiche o anestesiolgiche al TPS.

Inoltre, il servizio di anestesia del dolore acuto e tutti i reparti ospedalieri possono indirizzare i pazienti con problemi di dolore complessi (ad es. terapia con alte dosi di oppioidi o agonisti degli oppioidi, gravi effetti collaterali, uso previsto di oppioidi a lungo termine dopo la dimissione, terapia preoperatoria a lungo termine con oppioidi, comorbidità psicosociali) al TPS durante la degenza ospedaliera.

Durante la degenza ospedaliera postoperatoria, i pazienti vengono visitati dal TPS una volta al giorno, insieme al Servizio di Dolore Acuto anestesiolgico, se coinvolto, o da soli. Alla dimissione dall'ospedale, i pazienti ad alto rischio possono essere trasferiti dal TPS alla clinica del dolore ambulatoriale per ulteriori consultazioni.

Eempio Nidwalden:

Nell'ospedale di Nidwalden, gli infermieri del dolore acuto coordinano anche la gestione dei pazienti con dolore complesso, sotto la supervisione di due consulenti del dolore (che lavorano anche nell'ambulatorio del dolore). Grazie al fatto che i team sono piccoli e stabili, e alle brevi distanze, è possibile una comunicazione diretta tra tutte le discipline coinvolte. I pazienti con fattori di rischio vengono identificati prima dell'intervento e evidenziati nel programma operatorio. Esistono SOP scritte per pazienti sottoposti a terapia preoperatoria con oppioidi a lungo termine e per i casi complessi. Dopo l'intervento, gli infermieri del dolore acuto identificano i pazienti con un elevato uso di oppioidi e discutono questi casi con il medico del dolore supervisore. Se i pazienti vengono dimessi con oppioidi, il medico di base riceve una proposta di riduzione graduale degli oppioidi e il rinvio a una clinica del dolore ambulatoriale.