

VALUTAZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA DEL DOLORE DEL PAZIENTE CON ESITI DI ICTUS IN RIABILITAZIONE INTENSIVA



L. Gestieri*, M. Farinelli*, N. Fabbri*, M.R. Leo*, C.A. Fossi*,
A. Stagni*, V. Pedone*, N. Marasti*, M. Ercolani*

*Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

*Ospedale Privato Accreditato Casa di cura Villa Bellombra, Bologna

□ Dipartimento di Medicina Specialistica Diagnostica e Sperimentale, Università di Bologna



VIII CONGRESSO NAZIONALE GRUPPO di RICERCA in PSICOSOMATICA
Bologna 18-19 aprile 2013

Il dolore è un fenomeno complesso: fattori biologici, psicologici, sociali e culturali in continua interazione ne influenzano già la percezione soggettiva (Ercolani, 1997). In ambito sanitario, la valutazione del dolore risente di dinamiche intersoggettive (conscie e inconscie) e di attribuzioni di significato cui partecipano pazienti, operatori e familiari. Nella medicina riabilitativa un'accurata valutazione del dolore è importante per orientare gli interventi fisioterapici, farmacologici e psicologici; inoltre la concordanza/discordanza valutativa paziente-operatore va collocata all'interno della relazione e può influenzare l'alleanza terapeutica. Non di rado le discordanze tra la valutazione dell'intensità e della qualità del dolore data dal paziente e quella del fisioterapista generano vissuti di "incomprensione" da parte del paziente che rischiano di inficiare l'alleanza terapeutica stessa. Il dolore va quindi considerato anche per le sue valenze comunicativo-relazionali.

Obiettivi:

Il presente studio esplorativo si propone di **valutare il dolore** in un gruppo di pazienti in riabilitazione attraverso la misura autovalutata:

- dell'intensità;
- della qualità secondo le componenti sensoriali, affettivi e cognitive.

Lo studio ha inoltre l'obiettivo di confrontare:

- l'intensità autovalutata dal paziente con quella eterovalutata dal fisioterapista di riferimento.

Si ipotizza una relazione tra l'intensità auto ed eterovalutata e la qualità autovalutata del dolore

Campione (N=169):

Patologia	Neurologici (esiti di ictus) = 50	Ortopedici = 119
Sesso	Maschi = 27 (54%) Femmine = 23 (46%)	Maschi = 25 (21%) Femmine = 94 (79%)
Età	M = 69,6 DS = 9,9	M = 74,9 ; DS = 11,6
Stato civile	Coniugati = 38 (76%) Vedovi = 5 (10%) Cel/Nub = 5 (10%) Sep/Div = 2 (4%)	Coniugati = 41 (34%) Vedovi = 56 (48%) Celibe/Nubile = 15 (12%) Sep/Div = 7 (6%)
Scolarità	Meno di 5 aa = 6 (12%) Elem = 23 (46%) Medie = 12 (24%) Superiori = 8 (16%) Laurea = 1 (2%)	Meno di 5 aa = 8 (7%) Elem = 44 (37%) Medie = 38 (32%) Superiori = 17 (14%) Laurea = 12 (10%)

Strumenti utilizzati:

- **Visual Analog Scale (VAS)** (Scott, G., Huskisson, E., 1976), con cui si ottiene una rappresentazione grafica e quantitativa dell'intensità del dolore.
- **Questionario Italiano del Dolore (QUID)** (De Benedittis, G. et al., 1988), per valutare l'intensità del dolore e aspetti qualitativi (Classi) dell'esperienza con i suoi correlati sensoriali, cognitivi ed emozionali.
- **Mini-Mental State Examination (MMSE)** (Folstein, M.F., et al., 1975), finalizzato alla valutazione delle funzioni cognitive.

Risultati

STATISTICHE DESCRITTIVE

DURATA DEL DOLORE

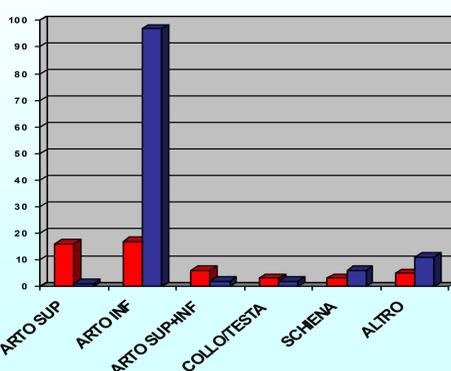
	NEURO	ORTO
Non superiore a 3 mesi	37 (74%)	106 (89%)
Da 4 mesi a 1 anno	2 (4%)	6 (6%)
Da 1 a 5 anni	5 (10%)	4 (3%)
Oltre 5 anni	6 (12%)	3 (2%)

MMSE

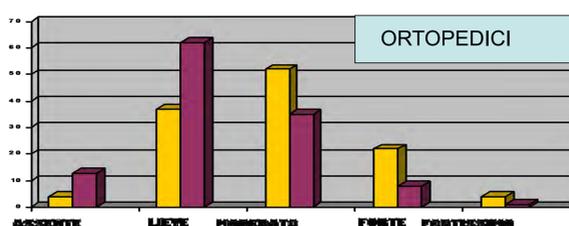
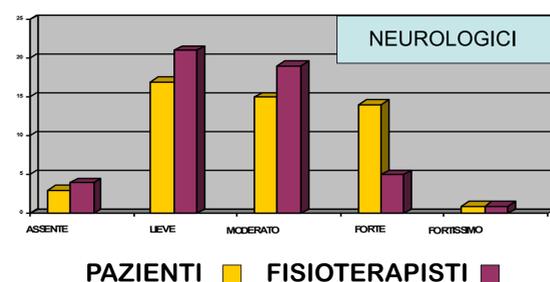
Il profilo cognitivo del paziente risulta lievemente alterato nel 56% dei pz neurologici e nel 39% degli ortopedici

LOCALIZZAZIONE DEL DOLORE

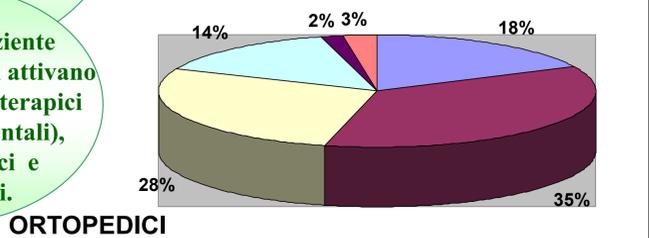
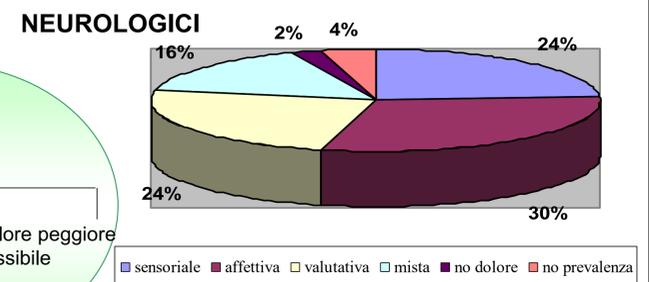
NEUROLOGICI ■ ORTOPEDICI ■



VAS COMPILATA DA PAZIENTI E FISIOTERAPISTI



PREVALENZA DELLE CLASSI QUID



VAS

Nessun dolore | Dolore peggiore possibile

Quando il paziente presenta dolore si attivano trattamenti fisioterapici (fisici e strumentali), farmacologici e psicologici.

Esaminando le differenze fra le autovalutazioni dei pazienti e le eterovalutazioni del fisioterapista di riferimento, si rilevano casi di **discordanza** per il 48% dei casi nel gruppo **neurologici** e per il 54% nel gruppo **ortopedici**.

E' risultata statisticamente significativa ($p < 5\%$) la correlazione positiva tra la differenza di valutazione fra paziente e terapeuta e il punteggio alla VAS derivante dalla rappresentazione del paziente: in pratica, **emerge la tendenza da parte del fisioterapista a sottovalutare il dolore di maggiore entità e a sopravvalutare quello percepito come più debole dal paziente.**

RELAZIONE VAS E QUID

Analizzando le differenze di valutazione VAS in rapporto ai punteggi delle classi QUID:

Emerge differenza fra i punteggi medi dei pazienti per i quali si ha una concordanza o discordanza di stima del dolore: **i punteggi relativi alle classi Valutativa e Mista risultano significativamente maggiori nel caso di disaccordo fra le stime di paziente e fisioterapista nel gruppo dei pazienti ortopedici**

In **diminuzione** l'entità del dolore (VAS pz e FKT) diminuisce significativamente ed **aumentano i casi di concordanza** tra auto ed eterovalutazione

Conclusioni

Le analisi mostrano che l'intensità del dolore risulta prevalentemente di natura **lieve** nei pazienti **neurologici** e **moderata** negli **ortopedici**. La **qualità** del dolore è invece descritta principalmente tramite la componente **affettiva** per entrambi i gruppi.

Dalle analisi emerge la tendenza da parte del terapeuta a **sottovalutare** il dolore percepito con **maggiore intensità** e a **sopravalutare** quello percepito come **meno intenso** dal paziente. In **diminuzione** tuttavia **aumentano i casi di concordanza** tra auto ed eterovalutazioni

In caso di **discordanza** di valutazione dell'intensità del dolore, la qualità del dolore percepita dal paziente in termini di **impatto emotivo negativo, vivezza e interferenza sull'attività quotidiana** risulta più elevata rispetto ai casi di concordanza (pazienti ortopedici)

Gli **sviluppi futuri** del lavoro prevedono un ulteriore approfondimento conoscitivo circa le caratteristiche dei sottogruppi presi in esame includendo lo **studio degli aspetti affettivi e comunicativo-relazionali** che intervengono nell'influenzare la **relazione paziente-terapeuta** nella valutazione intersoggettiva del dolore.