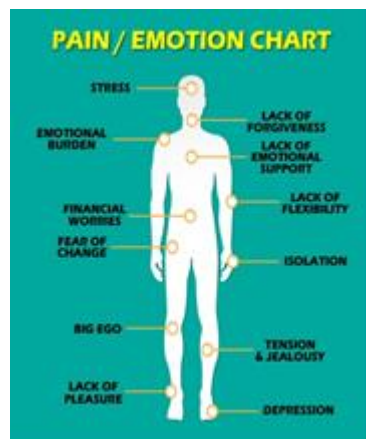


Manuale di Competenze in Geriatria

ITEM 19

Valuta il dolore e individua come trattarlo inizialmente; individua altri sintomi non-dolorosi basati anche sui bisogni del paziente. Le cure palliative sono da considerare e da intraprendere?

Il dolore è una percezione soggettiva ricca di contenuti psico-emotivi che compromette seriamente la qualità della vita e la soglia del dolore è diversa in ognuno di noi. Esso è definito come “una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un danno tissutale attuale o potenziale” (*International Association for the Study of Pain, ASP*) ed è dunque determinato non solo dal danno tissutale ma anche dall’interpretazione personale della sensazione dolorifica. Le patologie che comportano dolore cronico sono particolarmente invalidanti in quanto il dolore influenza ogni aspetto della vita del paziente. L’unità psico-corporea presuppone che ad un cambiamento a livello fisico consegua un adattamento psicologico, così come gli eventi squisitamente psichici influiscono fortemente sulla vulnerabilità dell’organismo; gli aspetti psicologici ed emozionali delle malattie somatiche consistono nella reazione del paziente ai sintomi e agli impedimenti imposti dalla malattia o dalle terapie, nell’impatto della malattia sulle relazioni con gli altri, in eventuali ripercussioni sulle motivazioni esistenziali (vedi figure che seguono).



Il dolore cronico aumenta la probabilità del declino cognitivo e della comparsa di demenza. Il dolore, soprattutto nell’anziano, ha geni multidimensionale con diverse componenti sensoriali ed affettive. Lo stato emozionale condiziona e modula il sintomo dolore e la sua intensità; di solito le emozioni negative determinano dolore a meno che non ci sia elevato *arousal*, cioè eccitazione. Nelle figure sopra sono rappresentate le situazioni dolorose più spesso legate alle emozioni, ma le cause più frequenti del dolore dell’anziano sono fisiche e soprattutto muscolo-scheletriche. Le conseguenze del dolore sono varie; esso modifica le abitudini di vita e induce ansia e depressione, soprattutto se si tratta di dolore cronico. Il risultato complessivo è la diminuzione della qualità della vita.

Data l’obiettivo difficoltà di valutazione del dolore nei pazienti con problemi comportamentali e con demenze, nei quali il dolore si esprime soprattutto o solo con sintomi vocali, posturali, motori e mimici (agitazione, irrequietezza, lamentazione, pianto, grida, affaccendamento, insonnia), è necessario utilizzare scale appropriate con una maggiore frequenza di osservazione. Un aiuto mnemonico per i punti da non trascurare nella valutazione del dolore nell’anziano demente è dato dall’acronimo BODIES (*Behaviour, Often, Duration, Intensity, Effectiveness, Start-Stop*). Tutt’oggi l’anziano, soprattutto quando fragile, può convivere con il dolore manifestandolo solo indirettamente. Quando è acuto, il dolore è accompagnato da manifestazioni fisiche ed emozionali fortemente intrise di ansia, depressione, alterazioni del sonno che si influenzano e si esacerbano scambievolmente e costituiscono il corteo sintomatologico del dolore neuropatico cronico (vedi figura). In altri casi esiste un dolore negato, quello scontato, quello misconosciuto, talora accompagnato da un’esagerata riluttanza a somministrare antidolorifici maggiori (oppiofobia).



Manuale di Competenze in Geriatria



Conseguenze del dolore cronico

- depressione,
- ansietà,
- isolamento sociale,
- disturbi del sonno e dell'alimentazione,
- deficit della deambulazione,
- progressiva riduzione dell'autonomia,
- aumentato ricorso alle cure mediche.



Sindromi geriatriche aggravate dal dolore

- disturbi dell'equilibrio e cadute,
- malnutrizione,
- ritardo nei processi riabilitativi,
- effetti avversi da farmaci,
- compromissione significativa della qualità di vita dell'anziano.

Tipi di dolore

- **ACUTO**: causa facilmente associabile, stato ansioso associato, attivazione del sistema simpatico;
- **CRONICO**: durata maggiore di 6 mesi, perdita della funzione biologica di adattamento, associato facilmente a depressione;
- **NOCICETTIVO**: proporzionato alla continua attivazione delle fibre nervose della sensibilità dolorifica (somatico o viscerale; buona risposta ad analgesici e trattamenti non farmacologici);
- **NEUROGENO**: dovuto a processo patologico organico interessante le vie nervose afferenti (utile l'aggiunta di adiuvanti, come anticonvulsivanti e triciclici);
- **PSICOGENO**: intensità e invalidità sproporzionate alla causa somatica supposta responsabile.

Nell'anziano c'è il problema importante del dolore nel paziente con compromissione cognitiva che richiede particolari attenzioni per essere individuato.

LE SCALE DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

Il dolore è un'esperienza soggettiva che dipende da componenti sensoriali e percettive e da componenti emotive e socio-culturali. Difficilmente l'esperienza è semplificabile in un'unica valutazione del dolore e spesso si rischia di sottovalutare o ignorarne la manifestazione. Una valutazione del dolore quanto più oggettiva possibile è necessaria per poterlo riconoscere, imparare a gestirlo e migliorare la qualità della vita del soggetto che ne soffre. Anche il medico, durante il colloquio con il paziente, fa un'analisi soggettiva delle informazioni fornite, viziata dall'interpretazione personale. Anche in questo caso, l'utilizzo di uno strumento di valutazione è un modo per migliorare il rapporto medico-paziente e rendere la diagnosi più appropriata.

Esistono diversi tipi di scale di misurazione del dolore suddivise in due grandi categorie: scale multidimensionali e scale unidimensionali. Le scale multidimensionali (Mc. Gill Pain Questionary, Wisconsin-Madison, Brief Pain Inventory), più complete e sensibili, misurano le diverse componenti del dolore (sensoriale, affettiva, cognitivo-valutativa), ma per la loro complessità sono utilizzate solo nella pratica clinica. Del dolore, oltre alla intensità, si deve descrivere la sede, la sua eventuale irradiazione, la sua durata e i sintomi di accompagnamento come le modificazioni delle abitudini di vita e quali situazioni esistenziali lo accentuano. In tal modo si possono identificare segni diversi del disagio esistenziale che influenzano negativamente la qualità della vita di quel paziente. Le scale unidimensionali (VAS, NRS, VRS), invece, sono le più usate, misurano solo l'intensità del dolore e per la facilità di utilizzo sono un ottimo strumento di autovalutazione: è il paziente stesso a misurare l'intensità del dolore. Vediamo le scale di autovalutazione e alcune brevi "istruzioni per l'uso" utili per il primo approccio alla misurazione del dolore.

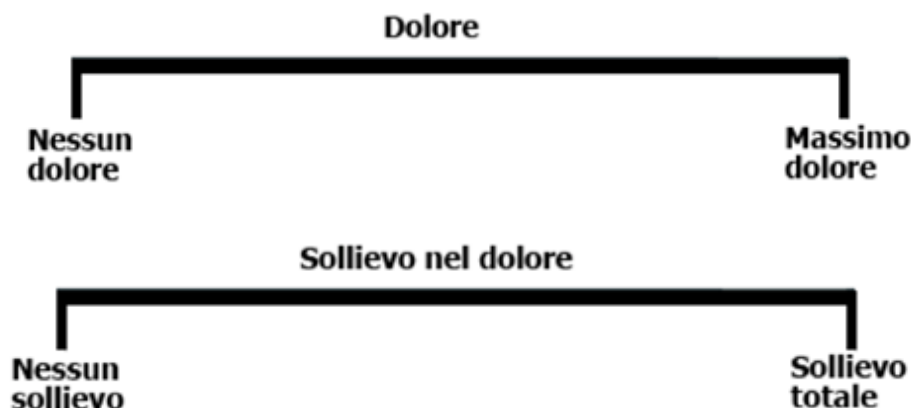
VAS (Scala Visiva Analogica)

La scala è una retta di 10 cm con due estremità che corrispondono rispettivamente a "nessun dolore" e "massimo dolore" (il massimo di cui si ha avuto esperienza). Quantifica ciò che si percepisce come



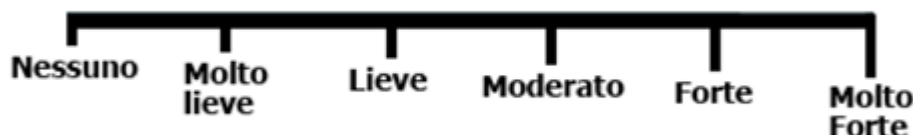
Manuale di Competenze in Geriatria

dolore oppure come sollievo, nel complesso, senza rintracciare quale componente abbia un ruolo maggiore.



VRS (Scala Verbale)

La scala verbale semplice, sempre unidimensionale, ripropone l'asta di 10 cm in cui la scelta viene facilitata (ma anche condizionata) dalla presenza di aggettivi che quantificano il dolore. Si ottengono migliori risultati quando vi sono almeno sei livelli di intensità.



NRS (Scala Numerica)

Si considera una scala da 0 a 10 in cui 0 corrisponde all'assenza di dolore e 10 al massimo di dolore immaginabile.



I risultati delle rilevazioni sono da riportare sulla cartella clinica con data e ora. L'uso delle scale di valutazione negli anziani è complicato dal fatto che spesso sono presenti deficit visivi e uditivi, oltre a disturbi cognitivi. Importante è anche il setting in cui si trova l'anziano. Il dolore è un problema frequente in RSA: gli studi di prevalenza riferiscono percentuali di sintomatologia dolorosa del 49%, spesso il problema non è adeguatamente riconosciuto e trattato e le terapie utilizzate sono spesso inconsistenti o non mirate. Il dolore cronico non è conseguenza inevitabile dell'invecchiamento; la vecchiaia non aumenta la tolleranza al dolore né diminuisce la sensibilità al dolore. Il dolore può associarsi con disturbi dell'umore (depressione, ansia, disturbi del sonno) che incidono pesantemente sulla qualità di vita. Il dolore porta all'esplorazione di domini di natura spirituale: l'anziano ha una lunga esperienza di vita di cui si deve tener conto, ha vissuto tante emozioni ed ha imparato a gestirle se le prestazioni cognitive sono buone. Diventa, invece, tutto più problematico quando è presente polipatologia, declino cognitivo oppure l'ingresso in un setting curativo-assistenziale che non è quello domiciliare. La long-term care non tiene in debita considerazione le emozioni del malato né quelle di chi lo cura e lo assiste, molto spesso non preparato adeguatamente al compito che si ritrova a dover eseguire. Le cure palliative saranno trattate più diffusamente nei due item successivi ma si sottolinea che la sinergia fra geriatria e cure palliative è la giusta via per rispondere con competenza ai complessi



Manuale di Competenze in Geriatria

bisogni degli anziani nei vari setting curativo-assistenziali, con l'obiettivo principale della loro buona qualità di vita.

La conversazione narrativa fra medico ed anziano deve riguardare le decisioni per il fine vita e richiede empatia e compassione. Gli interventi di tipo palliativo comportano minore aggressività (accanimento) delle terapie che possono peggiorare la qualità della vita del paziente e rendono anche più problematico l'adattamento al lutto dei familiari. La compilazione dell'anamnesi è momento cruciale della visita medica: il medico e il paziente comunicano e in questa occasione si deve creare un rapporto empatico e di fiducia. L'anamnesi dovrebbe essere narrativa, e cioè fare riferimento alla vita vissuta del paziente, alle esperienze anche dolorose, all'infelicità, alle abitudini di vita, alla qualità delle esperienze vissute, al lavoro fatto più o meno gratificante, al movimento mediamente fatto in una giornata eventualmente finalizzato al benessere, ecc. Il medico deve indagare con il paziente se ci sono state situazioni stressanti, quante sono state le preoccupazioni, le perdite, i problemi del pensionamento, se ci sono state variazioni del peso corporeo, quali preoccupazioni hanno influenzato le decisioni, se si sente amato oppure se prevale il senso di solitudine, quante cose gli sono mancate oppure se è soddisfatto della sua vita, se la memoria lo ha forse abbandonato anche perché non presta adeguata attenzione alle domande, e così via. Il medico dovrebbe entrare nella storia, nella attività lavorativa, negli interessi di ogni singolo paziente. L'anamnesi è diventata un elenco di diagnosi e farmaci assunti, cioè acritica, ineluttabile, inutile e agevolmente sostituibile dal fascicolo sanitario elettronico che purtroppo il laureando non conosce, anche se rappresenta lo strumento fondamentale per realizzare la comunicazione in sanità. Il vecchio ha avuto nella propria vita molti contatti con il sistema sanitario, ma quasi sempre mancano le tracce che consentirebbero di costruire le traiettorie funzionali e anche antropometriche (peso, altezza). Il vecchio transita nei vari servizi della sanità; ma i servizi sono chiusi come silos e non comunicano fra loro.

La cura e l'assistenza degli anziani, in Italia, ricadono direttamente sulle famiglie; tra i nuclei familiari che assistono gli anziani ben uno su tre impegna la maggior parte o tutti i propri risparmi per far fronte alle cure. E se la metà degli anziani muore tra le mura della propria casa, ad oltre un milione sono ancora negate cure palliative e anti-dolore. Dovrebbe essere garantita anche agli anziani con malattie croniche inguaribili un'assistenza domiciliare qualificata, in applicazione della legge 38/2010 sulle cure palliative e la terapia del dolore. Le cure palliative non si identificano con la terapia antidolore. Il 43% trascorre a casa gli ultimi difficili momenti di vita, contro il 18% del Regno Unito, il 25% della Francia, il 30% della Germania e il 22% degli Stati Uniti. La percentuale sale al 50% fra gli anziani over 80. Purtroppo, l'accesso alle cure palliative è difficile: almeno un milione di anziani con malattie croniche è assistito a casa. Si calcola che una famiglia su tre con anziani inguaribili è lasciata sola ad accudire ed accompagnare i propri cari verso il fine vita. Tutto ricade sulle spalle dei familiari (due milioni di persone che in un caso su quattro hanno anch'essi più di 65 anni, di cui il 10% è costretto a ricorrere al supporto di una badante), che spesso non hanno risorse per garantire le cure.

L'approccio palliativo del Geriatra sarà possibile, come già è stato detto, se avverrà dopo aver raccolto informazioni adeguate con l'anamnesi e l'esame obiettivo completati dalla VMG che individua i bisogni e le incapacità del malato. Importante è riuscire ad evidenziare eventuali punti di resilienza. È evidente che l'approccio palliativo del medico sarà utile se avverrà nei tanti ambiti di cui si compone la sanità dove si deve realizzare la medicina centrata sul paziente tenendo conto delle sue preferenze e di quelle dei familiari e rispettando sempre eventuali decisioni anticipate del malato.

La rilevazione del dolore e di altri disagi nel paziente che ha problemi di comunicazione e di cognitivtà è un problema frequente. Si utilizzano alcuni strumenti di seguito riportati, come ad esempio la scala NOPPAIN, per evitare di escludere il dolore di un paziente che non comunica. Questo vale anche per le attività infermieristiche e dei caregiver.

Lo strumento **NOPPAIN** ha dimostrato di possedere, sia nel contesto ospedaliero che in quello formativo, una buona affidabilità tra valutatori, validità concorrente e di costruito, con capacità di



Manuale di Competenze in Geriatria

discriminare tra diversi livelli di dolore anche durante le manovre di mobilizzazione del malato. La facilità e la brevità di compilazione ne permettono l'agevole impiego e l'inserimento in protocolli aziendali di gestione del dolore anche nel paziente anziano non comunicante. L'uso della scala richiede solo una breve formazione, pertanto ben si presta ad essere utilizzata in svariati contesti aziendali.

NOPPAIN

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)
Strumento di valutazione del dolore per pazienti non comunicanti.

Nome del compilatore:	
Nome dell'ospite:	
Data:	
Ora:	

ISTRUZIONI: Il personale di assistenza dovrebbe effettuare almeno 5 minuti di attività assistenziali quotidiane all'ospite osservando i comportamenti da dolore. Il presente modulo dovrebbe essere compilato subito dopo le attività assistenziali.

I. Scheda di controllo delle attività	A	B	II. Comportamento da dolore	
Segna "SI" o "NO" per ciascuna voce nelle colonne A e B	Lo hai fatto?	Ha osservato dolore mentre lo facevi?	Che cosa hai visto o sentito durante l'assistenza?	
A. Sledare l'ospite a letto o osservarlo mentre si sdraia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Parole di dolore? "Mi fa male" "Tant" "Basta" Ha notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Mimica facciale di dolore? -Sorriso -Rasamenti -Dipropocipie approttate Ha notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B. Vestire l'ospite nel letto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Parole di dolore? -Gemi -Lamenti -Gridati -Pianti -Ranoti -Sospiri Ha notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si immobilizza? -Rigidità -Sollevare una parte del corpo -Proteggere Ha notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C. Spostare l'ospite dal letto alla sedia, dalla sedia al letto, da in piedi o dalla carrozzina al bagno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vocalizzi di dolore? Che intensità hanno avuto le parole di dolore? Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile	Si immobilizza? Che intensità ha avuto l'immobilità? Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile
D. Far sedere l'ospite sul letto o osservarlo mentre si siede	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si massaggia? -Frizionare la zona dolente Ha notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Inquietezza? -Frequente cambio di posizione -Dondolio -Incapacità di stare seduti/fermi Ha notato questo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E. Aiutare l'ospite a stare in piedi o osservarlo mentre sta in piedi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si massaggia? Che intensità ha avuto i massaggi? Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile	Inquietezza? Che intensità ha avuto l'inquietezza? Minore intensità possibile Maggiore intensità possibile
F. Vestire l'ospite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PUNTEGGIO 4. Somma il numero di caselle "SI" che hai segnato	TOTALE 2a <input type="text"/>
G. Alimentare l'ospite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PUNTEGGIO 5. Somma i numeri che hai segnato sulle scale di intensità	TOTALE 2b <input type="text"/>
H. Aiutare l'ospite a camminare o osservarlo mentre cammina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TOTALE 1 Somma il numero delle caselle "SI" che hai segnato nella colonna B	TOTALE 3 <input type="text"/>
I. Fare il bagno all'ospite o fargli una spugnetta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

III. Intensità del dolore
Valuta il dolore dell'ospite al massimo livello che hai notato oggi

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Assente			Lieve		Moderato		Intenso			Peggior possibile
										TOTALE 3 <input type="text"/>

! Se l'ospite ha riferito di aver dolore, o il suo punteggio NOPPAIN è maggiore o uguale a 3, segnala l'ospite all'infermiere per un esame globale.

PUNTEGGIO NOPPAIN

TOTALE 1	+	TOTALE 2a	+	TOTALE 2b	+	TOTALE 3	=	PUNTEGGIO NOPPAIN
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

A.U.S. Vittorio Veneto METRIC™ educational product. Snow AL, O'Malley K.J., Kirk W.J., Cully M., Bowers E., Beck C., & Ashton C. All other of these materials is prohibited. The product can be copied and distributed free of charge for clinical or scholarly use. Development was supported by VA HSR&D and NIMH. Contact Dr. Snow at Lynn.Snow@med.va.gov
Versione italiana a cura di R.Ferrari, M.Ulvestad e P.Mazzanti. PROGETTO CURDOL, IPAB - Prati-Salvi-Tronto, Viterbo
Contattate di: Ferrari a pec.terapiedolore@ulvestad.it

La scala **PAINAD** dovrebbe essere presente e condivisa fra medici e infermieri nei reparti dove i pazienti hanno deficit cognitivi; si può applicare anche a pazienti senza disturbi cognitivi essendo più veritiera della scala VAS. Quando si cura un anziano con demenza si deve osservare come respira, l'espressione del suo volto, il linguaggio del corpo, per sospettare la presenza di dolore. Nella tabella è riportata la scala PAINAD ed un grading del punteggio dei singoli item.



Manuale di Competenze in Geriatria

	0	1	2
RESPIRO (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
VOCALIZZAZIONE	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti. Pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
CONSOLABILITA'	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Punteggio:

0 = nessun dolore

10 = massimo dolore

I sintomi non dolorosi da considerare nel paziente con malattie avanzate, con o senza disturbi cognitivi, sono l'attività respiratoria, il vomito e la diarrea, lo stato di idratazione, la temperatura corporea, la continenza degli sfinteri, la pressione arteriosa: argomenti che saranno trattati negli item successivi.

TERAPIA DEL DOLORE NELL'ANZIANO

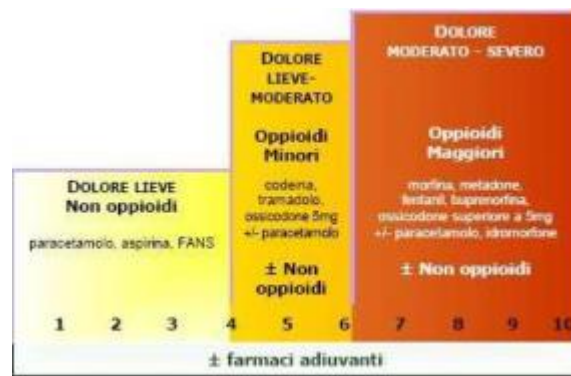
In ambito residenziale e ospedaliero si devono ridurre anche preventivamente le condizioni predisponenti, quali il contenimento motorio, migliorare il comfort dei presidi ed attivare tutte quelle iniziative capaci di rallentare la progressiva compromissione dei tradizionali domini della fragilità (nutrizionale, emotivo, cognitivo, biofunzionale e socio-tutelare), il cui peggioramento può condurre al decondizionamento doloroso e al mutismo acinetico. Nella valutazione dei pazienti anziani collaboranti andrebbe implementata la valutazione puntuale e ripetuta del dolore a riposo e sotto carico, per verificare quanto esso incida nel promuovere patologie e comportamenti di astensione-rifiuto della deambulazione. Non sempre è tempestiva; i motivi del mancato o ritardato uso dei farmaci antidolorifici sono molteplici come la paura dell'assuefazione fisica e psichica, il timore degli effetti collaterali degli oppiacei, il semplice rifiuto di assumere altre pillole o iniezioni.

L'elenco dei farmaci utilizzati nella cura del dolore è quello tradizionale; anche nel paziente anziano è da preferire la somministrazione orale del farmaco anti-dolorifico e, dopo appropriata titolazione, le formulazioni a rilascio controllato (quest'ultime - rispetto alle formulazioni pronte - migliorano lo stato funzionale e l'interazione sociale). Nell'anziano il rischio di dipendenza da oppiacei è pressoché nullo (6 pz su >25000 casi) in assenza di storia di tossicodipendenza, però il problema non deve essere sottovalutato.

Il paracetamolo è il farmaco di prima scelta se il dolore non è di forte intensità (vedi figura sotto), ma attenzione al suo impiego nei pazienti sottopeso. I farmaci antinfiammatori riducono il filtrato glomerulare e devono essere utilizzati con cautela soprattutto nell'anziano iperteso e con multipatologia.



Manuale di Competenze in Geriatria



Si raccomanda di utilizzare la via di somministrazione meno invasiva; se possibile scegliere formulazioni a rilascio prolungato, introdurre un farmaco per volta, a bassi dosaggi, titolare lentamente. Un intervallo di tempo sufficientemente lungo deve essere realizzato quando si utilizzano nuovi farmaci analgesici per consentirne la valutazione di efficacia e tollerabilità. Il trattamento deve essere monitorizzato costantemente (con la scala prescelta) e, se necessario, modificato al fine di migliorare l'efficacia e limitare gli eventi avversi. È ben noto che il dolore nell'anziano è sotto-trattato e potrebbe essere manifestazione di ageismo terapeutico. È indubbio che gli effetti avversi da farmaci sono più frequenti nell'anziano e si devono, pertanto, valutare bene i risultati che si ottengono con la terapia antidolorifica soprattutto con i FANS e gli oppiacei. Nel dolore neuropatico possono essere utili gli antidepressivi e gli antiepilettici.

La persona con dolore cronico ha bisogno di una serie di interventi e di figure professionali, che vanno dallo specialista allo psicologo, dal fisioterapista al medico che si occupa della terapia occupazionale. La cura appropriata e tempestiva del dolore nelle strutture ospedaliere è prevista dalla legge n. 38 i cui dettagli si trovano [qui](#). Se l'anziano è inserito in un network di riabilitazione con lavoro di gruppo, interazione con medici e infermieri, non solo si riduce la necessità di farmaci analgesici, ma si possono risolvere anche problematiche complesse; l'utilizzazione di procedure non farmacologiche è utile per affrontare il dolore dell'anziano. Tutti i medici di medicina generale possono prescrivere gli analgesici di ogni tipo con la semplice ricetta del Servizio Sanitario Nazionale. Tutti i cittadini hanno diritto e devono pretendere l'accesso immediato e facilitato alle terapie contro la sofferenza 'inutile' dovuta al dolore cronico che riduce la qualità della vita. Nonostante queste iniziative, il dolore continua ad essere sottovalutato e non adeguatamente trattato, forse anche perché tra la popolazione la conoscenza di questa legge è ancora scarsa. L'associazione tra queste due classi di farmaci si è infatti dimostrata ottimale per una corretta terapia farmacologica del dolore. È dimostrato che l'efficacia della combinazione di analgesici è pari alla somma della efficacia delle singole componenti analgesiche. Un ruolo fondamentale in queste combinazioni è dato dall'azione di formulazioni rapide di farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS), perché la velocità di assorbimento e di insorgenza produce una buona analgesia di lunga durata. Alcune Regioni come l'Emilia-Romagna hanno prodotto un documento sul problema del dolore negli anziani ospiti di strutture protette che può essere consultato al seguente [link](#). Le cure palliative non si identificano nella terapia del dolore; sintomi e procedure saranno descritti negli item successivi.

