



Conferenza Episcopale Italiana
Ufficio Nazionale per la
Pastorale della Salute



Società Italiana di Gerontologia
e Geriatria



Gruppo di Studio SIGG
“La cura nella fase
terminale della Vita”

Dolore e sofferenza nell'anziano

Roma, Centro Congressi CEI
23 giugno 2017

Alberto Marsilio (Venezia)
**QUANDO IL DOLORE CRONICO
DIVENTA MALATTIA**

DIMENSIONE DEL PROBLEMA

- Italia prevalenza dolore cronico varia dal 21.7% al 26%
- Durata media 7 anni
- 93.4% dolore non oncologico
- 57.9% si rivolge al MMG
- Perdita di oltre 3 milioni di ore lavorative
- 14% ha perso il lavoro 20% ha cambiato lavoro
- 22% è stata diagnosticata una depressione
- 41% non ha ricevuto un adeguato controllo del dolore

dati ISTAT 2010; Indagine CU.PI.DO 2011; Ventafridda et al. 2006

Costi totali del dolore cronico in Italia

Pop.ne italiana >18anni(4):
50.699.447

con dolore cronico (26%)(1):
13.181.856

con dolore cronico che
consumano risorse(3):
8.000.000

Costi diretti a carico del
SSN(3):
11,2 mld€

+

Costi indiretti (perdite di
produttività)(3):
25,2 mld€

Costo totale del trattamento del dolore cronico in Italia(3):
36,4 mld€

2,3% del
PIL (3)

1. Breivik, H., Collet, B., Ventafridda, V., Cohen, R., and Gallacher, D. *Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment.* European Journal of Pain 2006; 10 287-333.
2. Fanelli G, Gensini G, Canonico PL, Delle Fave G, Mandelli A, Nicolosi G. Dolore in Italia. Analisi della situazione. Proposte operative. Recenti progressi in Medicina 2012; 103,4:133-141.
3. Allegri M, Lucioni C, Mazzi S, Serra G. Il costo sociale del dolore cronico in Italia. GRHTA 2015; 2(1):33-42.
4. demoISTAT <http://demo.istat.it/pop2015/index.html>

DIMENSIONE DEL PROBLEMA

nel paziente Anziano

- Campione di persone di età compresa tra 60-80 aa
- 74% prova dolore cronico severo
- 85% dei casi il dolore dura da più di un anno
- 50% dei casi il dolore limita le attività quotidiane
- Tendenza da parte dei pazienti, ma anche dei medici, a sottovalutare il dolore
- Quasi 6 pazienti su 10 non assumono terapia

indagine Demoskopea /Mundipharma 2012

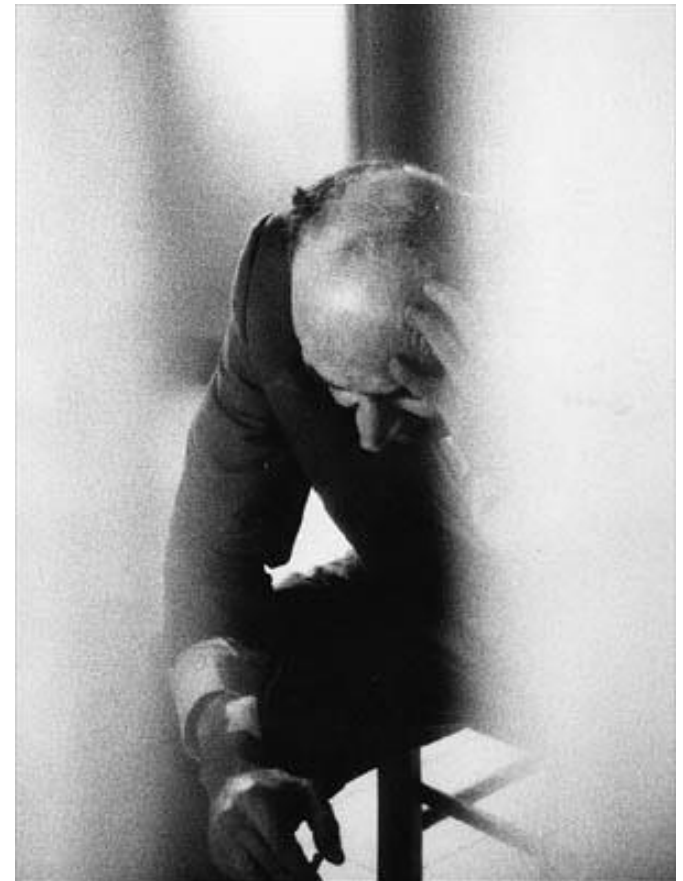
DIMENSIONE DEL PROBLEMA nel paziente Anziano

La prevalenza del dolore negli
anziani non istituzionalizzati
varia dal 25% al 50%

La prevalenza del dolore negli
anziani istituzionalizzati
varia dal 45% ad oltre l'80%

La popolazione anziana residente in
struttura è quella più a rischio
di ricevere un inadeguato
trattamento del dolore

Teno JM, JAMA 2001



Perché il dolore è sottostimato?

La diffusa convinzione da parte degli anziani (ma anche da parte di molti operatori) che il dolore sia un processo inevitabile e quindi non modificabile dell'invecchiamento



Perché il dolore è sottostimato ?

La falsa credenza che esista un sorta di “PRESBIALGIA”, per cui l’anziano avrebbe una più alta soglia e una maggior tolleranza al dolore

Deficit di formazione del personale d’assistenza a rilevare la presenza del dolore; anche quando il dolore viene segnalato, con il tempo perde progressivamente d’importanza

La difficoltà dei soggetti con deterioramento cognitivo ad esprimere e/o ricordare le sensazioni dolorose

L’inadeguatezza degli attuali strumenti di valutazione a rilevare il dolore nelle persone anziane, specialmente se affette da deficit sensoriali e/o da Demenza

Legge n° 38 del 15.03.2010

“Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

Art. 2

CURE PALLIATIVE:

L’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici, assistenziali, rivolti sia alla persona malata, sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pz la cui malattia , caratterizzata da una inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici

TERAPIA del DOLORE

L’insieme degli interventi diagnostico-terapeutici volti ad individuare ed applicare idonee e appropriate tx. farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore

Sancisce il **diritto** di ogni cittadino ad accedere alle cure palliative e alla **terapia del dolore**

Legge n° 38 del 15.03.2010

“Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

- Art. 3** afferma che le Cure Palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale
- Art. 7** **obbligo di riportare la rilevazione del dolore in cartella clinica** (*caratteristiche, evoluzione, tecnica antalgica, farmaci e relativi dosaggi , risultato antalgico ottenuto*)
Le strutture sanitarie possono scegliere gli **strumenti più adeguati** tra quelli validati , per la valutazione e la rilevazione del dolore
- Art. 8** formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore
- Art. 10** semplificazione delle procedure di accesso ai farmaci oppioidi prescrivibili ora con il normale ricettario regionale (al posto del ricettario a ricalco) superato il pregiudizio oppioidi=droga

DEFINIZIONE

“ Un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata o meno a danno tessutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di un simile danno”

IASP (International Association for the Study of Pain)

Il dolore è sempre un’esperienza soggettiva

- Componente somatica
- Componente emozionale ed affettiva (modulazione)

CLASSIFICAZIONE

ORIGINE	DURATA	INTENSITA'
NOCICETTIVO <ul style="list-style-type: none">• Meccanico-strutturale• Viscerale	ACUTO	LIEVE
NEUROPATICO <ul style="list-style-type: none">• Sistema Nervoso Centrale• Sistema Nervoso Periferico	CRONICO (superiore ai tre mesi)	MODERATO
MISTO		SEVERO

Nuova Concezione di DOLORE CRONICO

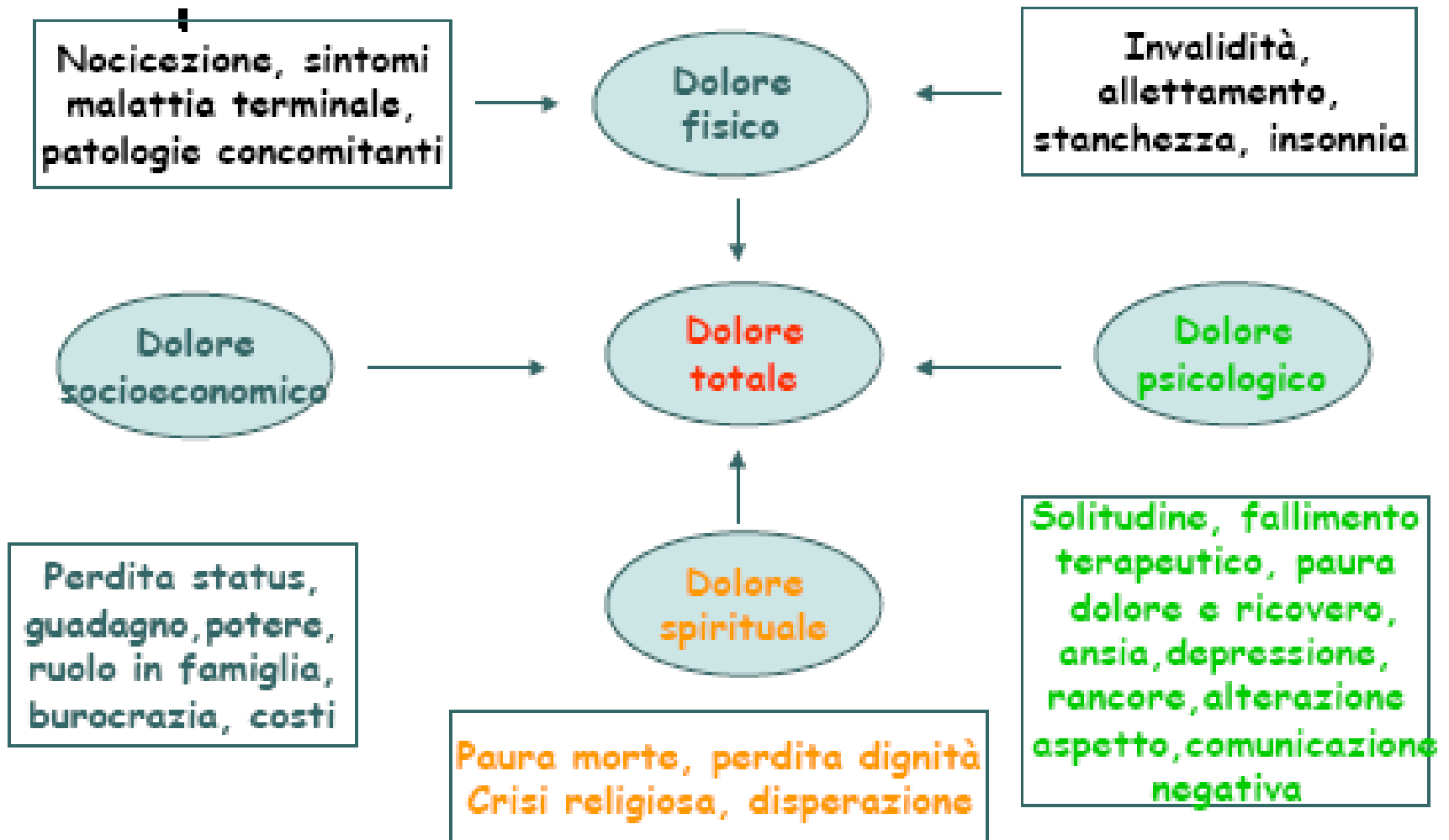
- Non è più definito da un criterio temporale
“ da quanto tempo è presente?”
- E' definito da un **criterio fisiopatologico**
“ il dolore è cronico quando la causa che lo ha generato non è più risolvibile e quindi si protrae oltre il normale decorso di una malattia acuta o oltre il tempo di guarigione previsto”
- Con il prolungarsi dei segnali dolorosi acuti le vie nervose vanno incontro a cambiamenti fisico-chimici che le rendono **ipersensibili** agli stimoli dolorosi e **resistenti** agli stimoli antinocicettivi

Caratteristiche del dolore nella persona anziana

- Cronico (dura per diversi anni)
- Intensità da moderata a severa
- Manifestazioni atipiche
- Multifocale
- Multifattoriale (dolore totale)



DOLORE TOTALE . . .



CAUSE di DOLORE

- Artrosi e Artriti
- Osteoporosi
- Alterazioni muscolo-scheletriche da immobilità
- Lesioni cutanee
- Vasculopatie e neuropatie periferiche
- Patologie odontostomatologiche
- Cefalee
- Patologie gastroenteriche
- Esiti di fratture
- Neoplasie
- Ipovitaminosi D



Conseguenze del Dolore Cronico

Aggressività

Aumenta la mortalità

Stato confusionale

DOLORE

Aumento Disabilità

Diminuzione qualità del sonno

Diminuzione vita di relazione

Aumento Ansia e Depressione

Il dolore, definito il “**quinto segno vitale**”, deve essere routinariamente valutato al pari della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della temperatura corporea e del respiro

JAMA, 1999;281(11):978

- Sede
- Andamento temporale
- Qualità e caratteristiche
- Intensità
- Presenza di fattori scatenanti
- Sintomi associati



VALUTAZIONE DEL DOLORE

Il dolore è un'esperienza soggettiva a genesi multifattoriale
pertanto è

Difficile trovare metodi di valutazione globali ed efficaci

L'unico parametro che possiamo cercare di misurare con una certa validità è l' **INTENSITA'** del dolore

Se le funzioni cognitive e le capacità di comunicazione verbale sono valide il dolore va indagato con le

SCALE di AUTOVALUTAZIONE

SCALE DI AUTOVALUTAZIONE

- VRS (Visual Rating Scale)
- NRS (Numerical Rating Scale)
- VAS (Visual Analogue Scale)
- Mc Gill Pain Questionnaire

SCALE OSSERVAZIONALI

- PAINAD
- PACSLAC
- DOLOPLUS-2
- NOPPAIN

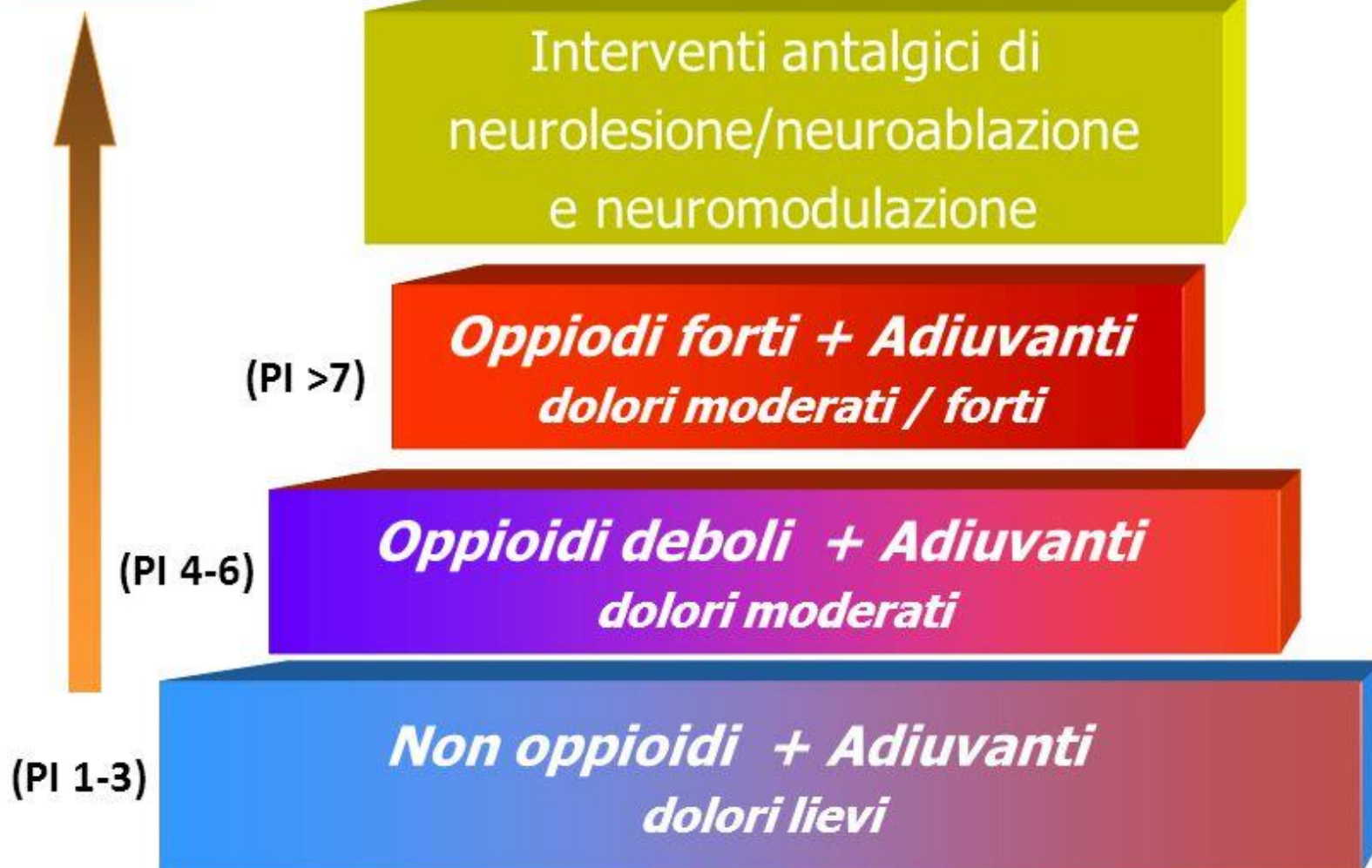
Scala Analgesica WHO a tre gradini, 1986

(WHO: Cancer pain relief, 1986)



La scala analgesica a quattro gradini dell' OMS (2004)

INTENSITA'



SCELTA DEL FARMACO IN BASE ALL'ORIGINE DEL DOLORE

Valutazione dell'integrità del sistema somato-sensoriale

Percezione dello stimolo tattile		Batuffolo di cotone
Percezione del dolore puntiforme		Puntura di spillo
Percezione del termotatto		Provetta acqua calda

Se il test è negativo  **DOLORE NOCICETTIVO**

Se il test è positivo  **DOLORE NEUROPATICO**

SCelta DEL FARMACO IN BASE ALL'ORIGINE DEL DOLORE

Valutazione dell'intensità della soglia del dolore evocato

Studio del dolore
evocato superficiale



Sfioramento, pizzicotto, puntura

Studio del dolore
evocato profondo



Pressione, movimento

Se il test è negativo
(soglia algica normale)



**DOLORE
MECCANICO-STRUTTURALE**

Se il test è positivo
(soglia algica ridotta)



DOLORE INFIAMMATORIO

TRATTAMENTO DEL DOLORE IN ITALIA

FANS

L'Italia è al primo posto in Europa per il consumo di FANS (43 mil di confezioni)
Il più usato è il Ketoprofene (13 mil di confezioni)
68 volte su 100 il dolore viene trattato con un FANS (media europea 44%)

PARACETAMOLO

In Italia si utilizza poco il paracetamolo anche se rappresenta uno degli analgesici di prima scelta nel trattamento del dolore lieve-moderato

OPPIACEI

L'Italia agli ultimi posti in Europa per il consumo di oppiacei

Fonte: Ministero della Salute 2010, Ventafridda et al. 2006

ANALGESIA MULTIMODALE

- Attualmente l'approccio farmacologico migliore sembra essere quello Multimodale che suggerisce di associare farmaci diversi tenendo conto sia dell'intensità del dolore sia dei meccanismi fisiopatologici sottostanti.
- Il razionale di questa sinergia tra farmaci diversi è quello di ottenere lo stesso risultato utilizzando dosaggi minori del singolo farmaco e quindi minori effetti avversi.

Jin F and Chung F, J Clin Anesth 2001,

Raffa RB, Pergolizzi JV Jr. A modern analgesic pain pyramid. J Clin Pharm Ther 2014 Feb

DOLORE LIEVE-MODERATO

- PARACETAMOLO
- FANS
- TRAMADOLO
- PARACETAMOLO-CODEINA
- PARACETAMOLO-TRAMADOLO
- TRAMADOLO-DEXKETOPROFENE

DOLORE ARTROSICO e *UTILIZZO di FANS*

Efficacia sul dolore infiammatorio

L'effetto analgesico si ottiene in genere in una settimana; se trascorso tale periodo non si ottengono risultati, variare terapia

Importanti effetti collaterali nel trattamento prolungato:

lesioni tratto gastro- enterico, renali, epatiche, aumentato rischio cardio-vascolare

Utilizzo alla minima dose efficace per brevi periodi

Anche gli oppioidi deboli hanno un effetto antalgico sul dolore artrosico (valida alternativa nei pazienti anziani)

Recenti studi hanno dimostrato una maggior efficacia dell'associazione paracetamolo-codeina rispetto ai FANS nel dolore osteoarticolare

Rischio INFARTO e FANS

- L'uso di tutti i Fans e dei Coxib si associa ad un aumentato rischio di infarto (53% Naprossene, 50% Diclofenac, 48% Ibuprofene, 24% Celecoxib)
- Il rischio maggiore di infarto del miocardio si è riscontrato nei pazienti che assumevano i dosaggi più elevati
- L'estensione temporale non sembra rappresentare un rischio aggiuntivo

DOLORE MODERATO-GRAVE

- FENTANIL CITRATO
- MORFINA SOLFATO
- OXICODONE CLORIDRATO
- OXICODONE-PARACETAMOLO
- IDROMORFONE CLORIDRATO
- BUPRENORFINA

FARMACI ADIUVANTI

Presenza di modificazioni della fibra nervosa periferica

- CARBAMAZEPINA e OXCARBAMAZEPINA
- ANTIDEPRESSIVI

Presenza di sensibilizzazione dei neuroni spinali

- GABAPENTIN e PREGABALIN
- CLONAZEPAM
- ANTIDEPRESSIVI

Presenza di flogosi delle vie nervose

- CORTICOSTEROIDI

STRATEGIE FARMACOLOGICHE

- Scegliere la via di somministrazione più appropriata e meno invasiva
- Iniziare con dosaggi minimi aumentando gradatamente fino a raggiungere la minima dose efficace
- Possibilmente usare le formulazioni a rilascio controllato
- Somministrare il farmaco ad orari fissi
- Valutare la possibilità di associazioni
- Considerare l'utilizzo di farmaci adiuvanti
- Prevenire e trattare gli effetti collaterali
- Rivalutare il paziente ad intervalli definiti

“CURA CONTINUA”

IL DIARIO DEL DOLORE

GIORNO	GRAVITA' DOLORE	TERAPIA	ANNOTAZIONI
LUNEDI			
MARTEDI			
MERCOLEDI			
GIOVEDI			
VENERDI			
SABATO			
DOMENICA			

Per concludere

una adeguata valutazione e trattamento del dolore nella persona anziana è a tutt'oggi un problema di primaria importanza che deve essere sicuramente affrontato

Il dolore non trattato, specie se cronico, pone infatti il paziente, oltre che in una condizione di estrema fragilità e vulnerabilità, anche in una situazione di perdita di dignità

Importante traguardo: il dolore non deve più essere un compagno scomodo ed inevitabile per le persone anziane

"il dolore è più dolor se tace"

G. Pascoli