



# DOLORE



AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

42

CONGRESSO  
NAZIONALE  
AISD

ROMA  
6-8 GIUGNO 2019

HEALTH

# AI SD

# ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

HOTEL ROMA AURELIA ANTICA

# ROMA

## 6-8 GIUGNO 2019

Via degli Aldobrandeschi, 223 - 00163 Roma

# 42

## CONGRESSO NAZIONALE AI SD

### ARGOMENTI GENERALI:

- Dolore acuto
- Dolore cronico
- Dolore neuropatico
- Dolore oncologico
- Dolore degenerativo
- Dolore infiammatorio
- Dolore da osteoporosi
- Dolore bimodale
- Dolore misto
- Dolore disfunzionale
- Dolore in Reumatologia
- Dolore post-operatorio
- Dolore post-chirurgico
- Cefalee
- Dolore in Ginecologia
- Dolore in Geriatria
- Dolore in Pediatria
- Dolore in Urologia
- Dolore procedurale e Wound Therapy
- Fisiopatologia del dolore
- Radiofrequenza
- Tecniche interventistiche
- Tecniche infiltrative intra-articolari
- Imaging in Medicina del Dolore
- Genetica del dolore
- Nursing in Medicina del Dolore
- Medicina complementare
- Medicina rigenerativa
- Medicina veterinaria
- Cannabis
- Medicina dei Sistemi
- Le "omiche"
- La legislazione in Medicina del Dolore
- Medicina Legale
- Etica del Dolore
- Strumenti matematici per la valutazione del dolore
- La comunicazione in Medicina del Dolore
- Il www in Medicina del Dolore
- Farmaci biotecnologici
- Farmaci biosimilari
- Farmaci bioequivalenti

### Comitato Scientifico

Stefano Coaccioli (Presidente)

Maurizio Evangelista  
Gabriele Finco  
Felice E. Agrò  
Nicola Luxardo  
Giuseppe Nocentini  
Maria Caterina Pace  
Antonella Paladini  
Enrico Polati  
Filomena Puntillo  
Vittorio Schweiger  
Stefano Tamburin  
Fabrizio La Mura  
Riccardo Rinaldi

Daniele Battelli (ASSD)  
Nicolino Monachese (ASSD)

(ASSD - Associazione Sammarinese Studio Dolore)

### Comitato organizzatore locale

Maurizio Evangelista  
(Presidente)

Vitale Cilli  
Antonio Clemente  
Edoardo de Ruvo  
Paolo Diamanti  
Claudio Lo Presti  
Giuseppe Milano  
Davide Muriess  
Salvatore Sardo  
Maurizio Stefani  
Bartolomeo Violo



### SEGRETERIA SCIENTIFICA



Associazione Italiana  
per lo studio del dolore  
onlus

[www.aisd.it](http://www.aisd.it)  
[info@aisd.it](mailto:info@aisd.it)

Per il programma scientifico  
[www.aisd.it](http://www.aisd.it)

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

WE DRIVE YOUR EDUCATION  
**PLANNING**  
Planning Congressi Srl

Via Guelfa, 9, 40138 Bologna  
Tel. +39 051 300100 Fax +39 051 309477  
E-mail: [a.landuzzi@planning.it](mailto:a.landuzzi@planning.it)  
[www.planning.it](http://www.planning.it)

Per inviare abstract e iscriversi  
[www.planning.it](http://www.planning.it)



[aisd.it](http://aisd.it)



# DOLORE



AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

## IN QUESTO NUMERO

### Anno mondiale contro il dolore 2019 dedicato alle persone più fragili e vulnerabili

#### Documenti IASP®- EFIC®

- 5 Caratteristiche delle Linee Guida per la gestione del dolore in soggetti con fragilità
- 7 La gestione farmacologica del dolore in pazienti fragili
- 9 La gestione del dolore nel deterioramento cognitivo correlato a demenza
- 11 La gestione del dolore nelle persone con demenza  
Il dolore negli anziani
- 17 Cure palliative per la persona anziana con dolore
- 20 Valutazione del dolore nei bambini particolarmente "fragili" e vulnerabili
- 23 Dolore pediatrico: terapia
- 29 Le cure palliative nei bambini e negli adolescenti
- 32 Dolore in individui con disabilità intellettiva: problematiche e difficoltà di valutazione
- 35 La gestione del dolore nel deterioramento cognitivo non correlato a demenza
- 39 Valutazione del dolore cronico conseguente a tortura
- 42 Trattamento del dolore cronico conseguente a pratiche di tortura

#### 46 La formazione in terapia del dolore e cure palliative

*Caterina Aurilio*

#### 50 Valutazione retrospettiva di efficacia dell'ossigenoterapia iperbarica nel trattamento della sindrome fibromialgica

*M. Schembari, A. Romeo, G. Torneo, R. Caceci, F. Birrico, M. Dell'Aquila*

#### 53 Ruolo dell'ozonoterapia nel controllo della nevralgia post-erpetica: un case report

*M. Schembari, A. Romeo, G. Torneo, R. Caceci, F. Birrico, M. Dell'Aquila*



#### Associazione Italiana per lo Studio del Dolore AISD

Via Tacito, 7 - 00193 Roma  
Tel. 3396195974  
info@aisd.it  
www.aisd.it

#### Consiglio Direttivo AISD 2018-2020

Presidente  
Stefano Coaccioli

Past President  
Enrico Polati

Presidente eletto 2020-2022  
Maria Caterina Pace

Vice-Presidente  
Gabriele Finco

Segretario  
Maurizio Evangelista

Tesoriere  
Vittorio Schweiger

Consiglieri  
Nicola Luxardo  
Giuseppe Nocentini  
Antonella Paladini  
Filomena Puntillo  
Stefano Tamburin

Direttore responsabile  
Giustino Varrassi

Coordinamento editoriale  
Lorenza Saini

Grafica e impaginazione  
a cura di Osvaldo Saverino

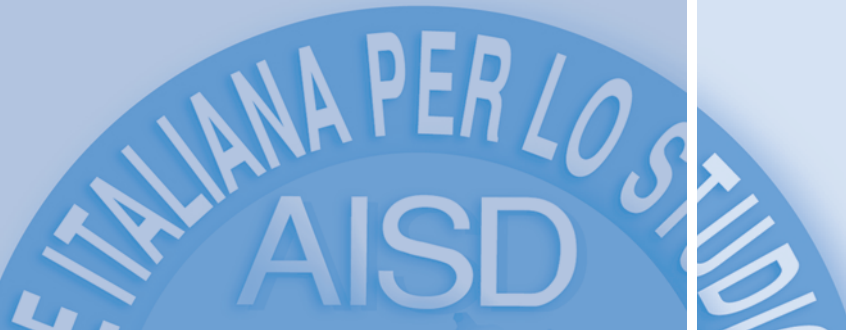
TRIMESTRALE  
Prima Reg. Trib. dell'Aquila n. 335/97  
Seconda Reg. Trib. dell'Aquila n. 571 del 18/12/2007

Copia omaggio riservata ai soci.

Tutti i diritti riservati.  
A causa dei rapidi progressi della scienza medica si raccomanda sempre una verifica indipendente delle diagnosi e dei dosaggi farmacologici riportati.

© Copyright 2019

Online il 6 giugno 2019





## Anno mondiale contro il dolore 2019 dedicato alle persone più fragili e vulnerabili

L'Anno Mondiale contro il dolore promosso dalla IASP®, International Association for the Study of Pain, è dedicato ad anziani, bambini e adolescenti, alle persone con deficit cognitivi o disturbi psichiatrici, vittime di torture.

L'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore partecipa e contribuisce alla diffusione delle informazioni utili per sensibilizzare tutti, non solo gli esperti del settore.

*Come parte del Global and European Year Against Pain nei soggetti più vulnerabili, la IASP e l'EFIC offrono una serie di documenti sintetici ("Fact Sheet") che trattano di specifiche tematiche circa lo studio del dolore.*

*Tali documenti sono tradotti in più lingue, e sono gratuitamente scaricabili. Visita la pagina GYAP ed EYAP per ulteriori informazioni.*



**Traduzione in italiano a cura di**  
*Lorenza Saini*  
*Fabrizio La Mura*

## Caratteristiche delle Linee Guida per la gestione del dolore in soggetti con fragilità

**Patricia Schofield**, PhD, Co-Chair Global Year Task Force  
Faculty of Health, Education, Medicine and Social Care  
Anglia Ruskin University Chelmsford, United Kingdom

**Thomas Hadjistavropoulos**, PhD  
Research Chair in Aging and Health  
Department of Psychology  
University of Regina  
Regina, Canada

Le linee guida cliniche sono raccomandazioni sviluppate in modo sistematico che consentono a medici e pazienti di prendere le decisioni di cura più opportune. Idealmente, le linee guida dovrebbero essere basate su prove clinico/scientifiche al vaglio degli strumenti di Statistica, ma a volte possono anche basarsi su pareri autorevoli (documenti di consenso) (Livesey & Noon 2007). Le linee guida hanno quindi lo scopo di indicare le migliori pratiche per la gestione di specifici problemi, e vengono elaborate da una discussione tra esperti basata su evidenze di efficacia, sebbene possa sussistere sempre una difficoltà nel modificare credenze e pratiche di vecchia data.

L'Anno mondiale contro il dolore individua quattro gruppi principali di popolazione vulnerabile: gli adulti anziani fragili, i bambini, i neonati, le persone con scompaginamento cognitivo, e i sopravvissuti alle pratiche di tortura. Ve ne possono essere anche altri, ma queste schede informative si concentrano sui gruppi sopra menzionati. Va sottolineato che esiste un'ampia gamma di esperienze dolorose e ci sono differenze tra individui nei gruppi di persone indicate, quindi potrebbe non esserci un'unica linea guida ideale per tutti. Proprio in relazione a questo problema, è importante considerare che alcune perso-

ne fragili hanno una capacità limitata di comunicazione verbale (per es. pazienti con demenza grave e neonati). Data la natura soggettiva del dolore, sono quindi necessarie indicazioni e orientamenti speciali per affrontare i bisogni degli individui con limitate capacità di comunicare.

Ci sono almeno dieci linee guida, ad esempio, che si concentrano sugli anziani, dando indicazioni sulla valutazione e gestione del dolore, sul dolore acuto e cronico o sul dolore associato all'osteoartrosi (Herr et al 2011, Schofield et al 2018, Hadjistavropoulos et al 2007, American College of Rheumatology 2012, American Geriatric Society 2015, American Medical Directors Association 2015, Australian & New Zealand College of Anesthetists 2013, University of Iowa 2015, 2016,; una sintesi delle linee guida disponibili per la valutazione del dolore negli anziani con demenza può essere trovata in Hadjistavropoulos, 2017).

Quando si passa alla valutazione delle persone con disabilità intellettive, nella letteratura scientifica pubblicata sembra esserci molto poco, in termini di linee guida. Gli studiosi a volte discutono sull'uso di strumenti di valutazione del dolore sviluppati per i bambini (Doody & Bailey 2017) e le modalità di gestione sembrano adattarsi in base

all'eziologia e alle caratteristiche e preferenze del paziente (Doody & Bailey 2017). Ciononostante, sono stati fatti vari sforzi per sviluppare strumenti di valutazione adatti ad adulti con disabilità intellettive (ad esempio, la scala del dolore cronico per adulti non verbalizzanti con disabilità intellettiva [CPS-NAID], Burkitt et al., 2009). Un approccio generale alla valutazione del dolore degli adulti con disabilità intellettiva è stato discusso da Hadjistavropoulos et al. (2011).

La letteratura pediatrica è molto più completa con diverse linee guida disponibili. Queste linee guida si concentrano sul dolore acuto, cronico o oncologico e sono state sviluppate a livello nazionale e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (ad esempio, Royal College of Emergency Medicine, 2017, National Institute of Health & Care Excellence 2018, Organizzazione Mondiale della Sanità 2012, British Pain Society 2009). Una discussione sulla valutazione del dolore nel bambino è approfondita da Ruskin et al. (2011).

Per le vittime sopravvissute alla tortura, esisto-

no alcune linee guida, ma spesso si concentrano sulla gestione dei disturbi psicologici (Amris & Williams 2015) piuttosto che sul dolore. Ci sono comunque delle pubblicazioni con raccomandazioni per la gestione del dolore nelle vittime di tortura (Williams & Volkman 2010, Prip & Persson 2012).

L'implementazione delle linee guida e delle relative best practice è spesso impegnativa, a causa di barriere organizzative e individuali (ad esempio, resistenza al cambiamento, un supporto organizzativo insufficiente, limitazioni delle risorse) (Gagnon et al, 2013). La familiarità con le linee guida e la formazione continua potrebbero non essere sufficienti e richiederebbero spesso cambiamenti politici, piani di implementazione, controllo degli stessi, coinvolgimento del personale e della dirigenza (sia sanitaria, che amministrativa), flessibilità nell'implementazione, con adattamenti specifici per l'impostazione e per la tracciabilità dei risultati utilizzando indicatori di qualità (Hadjistavropoulos et al., 2016).

## Bibliografia

- [1] Amris K1, Williams AC. (2015) Managing chronic pain in survivors of torture. *Pain Manag.* 2015;5(1):5-12. doi: 10.2217/pmt.14.50.
- [2] Burkitt, Breau et al., (2009). Pilot study of the feasibility of the Non-Communicating Children's Pain Checklist – Revised for pain assessment in adults with intellectual disabilities. *Journal of Pain Management*, 2(1)
- [3] Doody O, Bailey ME (2017) Interventions in pain management for persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*
- [4] Gagnon, M. M., Hadjistavropoulos, T., & Williams, J. (2013). Development and mixed methods evaluation of a pain assessment video training program for long-term care staff. *Pain Research & Management*, 18(6), 307-312.
- [5] Hadjistavropoulos, T., Breau, L. & Craig, K.D. (2011). Pain assessment in adults and children with limited ability to communicate. In D.C. Turk & R. Melzack (Eds.) *Handbook of pain assessment* (3rd Edition) (pp. 260-280). New York: Guilford Press
- [6] Hadjistavropoulos, T., Williams, J., Kaasalainen, S., Hunter, P.V., Savoie, M. & Wickson-Griffiths, A. (2016). Increasing the frequency and timeliness of pain assessment and management in long-term care: Knowledge transfer and sustained implementation. *Pain Research and Management*, vol. 2016, Article ID 6493463, 13 pages. doi:10.1155/2016/6493463
- [7] Hadjistavropoulos, T. (2017). Guidelines and practical approaches for the effective pain assessment of the patient with dementia. In S. Gibson and S. Lautenbacher (Editors), *Pain in dementia*, pp. 177-191. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- [8] Livesey & Noon (2007) Implementing guidelines: what works. *ADC Education & Practice* 92.5
- [9] National Institute for Health & Care Excellence. NICE guidelines pain management in children with medical illnesses <https://www.evidence.nhs.uk/search?q=Nice+guidelines+pain+management...children>
- [10] Ruskin, D., Amaria, K.A., Warnock, F.F., & McGrath, P.A. (2011). Assessment of pain in infants, children and adolescents. In D.C. Turk & R. Melzack (Eds.) *Handbook of pain assessment* (3rd Edition) (pp. 213-241). New York: Guilford Press.
- [11] The Royal College of Emergency Medicine. Best Practice Guideline. Management of pain in children (REV July 2017). 1. Revised. July 2017.
- [12] Williams A & Volkman (2010) Understanding Pain from torture. *Pain Management*. 3. 359-366
- [13] Prip K, Persson AL, Sjolund BH (2012) Sensory functions in the foot soles in victims of generalised torture, in victims beaten under the feet (falanga) and in healthy controls – a blinded study using quantitative sensory testing. *BMC Int. Health Hum. Rights*. 12.39.
- [14] World Health Organisation (2012) Guidelines on the treatment of persistent pain in children with medical illnesses.

## La gestione farmacologica del dolore in pazienti fragili

**Gisèle Pickering, MD, PhD, DPharm**  
Professor of Medicine and Clinical Pharmacology  
CPC/ CICs Inserm  
University Hospital, Clermont-Ferrand  
Cedex France

**David Lussier, MD**  
Institut universitaire de gériatrie du CIUSSS  
du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal,  
Université de Montréal  
Montréal, Québec, Canada

Esistono linee guida per la gestione del dolore e per la prescrizione di analgesici secondo diverse fasce d'età e specificità della malattia, ma, come sottolineato nel documento introduttivo, mancano ancora linee guida specifiche per i pazienti fragili [1,2]. Gli analgesici utilizzati per il dolore nei pazienti più anziani sono gli stessi utilizzati per i più giovani, ma con l'età, o la malattia, si verificano cambiamenti farmacocinetici e farmacodinamici e pertanto alcuni studi suggeriscono alterazioni ancor più significative in pazienti fragili rispetto ad anziani sani.

■ Il trattamento farmacologico del dolore nei pazienti più anziani [3,4] rappresenta una sfida, a causa delle comorbidità che richiedono più farmaci (i pazienti più anziani assumono da 5 a 10 farmaci al giorno) con potenziali interazioni e con il rischio di prescrizione di farmaci inappropriati in circa una ricetta ogni cinque.

■ Le sfide sono ulteriormente amplificate in presenza di fragilità e cognizione alterata che possono avere un impatto sulla farmacocinetica e la farmacodinamica degli analgesici. Il dolore è più difficile da valutare e trattare nei pazienti con demenza, poiché hanno difficoltà a esprimerlo e descriverlo,

e gli analgesici possono talvolta esacerbare i disturbi cognitivi, e le manifestazioni di dolore possono essere erroneamente diagnosticate come sintomi neuropsichiatrici correlati alla demenza.

■ L'alterazione farmacocinetica più significativa riscontrata nei pazienti anziani e fragili è data dalla ridotta funzionalità renale (che è molto frequente con l'invecchiamento), per cui i farmaci con eliminazione renale hanno spesso un'emivita più lunga.

■ L'effetto collaterale più comune di tutti i farmaci analgesici è neuro-psicologico, specialmente in contesti di assistenza a lungo termine. L'occorrenza di eventi avversi (EA) da oppioidi e altri farmaci (ad es. antidepressivi, anticonvulsivanti) è stata ben documentata, e la somministrazione concomitante di diversi farmaci che agiscono sul SNC ne aumentano ulteriormente il rischio, come è stato dimostrato nel caso di cadute.

■ L'approccio multifarmacologico dovrebbe essere gerarchizzato al fine di evitare interazioni tra farmaco e farmaco che sono molto comuni negli anziani.

■ Oltre al trattamento farmacologico del dolore, gli approcci non farmacologici dovrebbero sempre essere utilizzati per un beneficio terapeutico sinergico e per ridurre



il numero e la dose di farmaci.

- Il rischio di effetti avversi e tossicità da farmaci diventa esponenziale con un maggior numero di essi. Di norma, bisogna sempre assicurarsi che tutti i farmaci prescritti siano necessari e ben tollerati. Quelli che non lo sono dovrebbero essere sospesi.

- Quando si prescrive un analgesico a un paziente anziano, deve essere eseguita una frequente rivalutazione dell'indicazione e della presenza di EA, e l'analgesico dovrebbe essere sospeso se i potenziali rischi superano i potenziali benefici.

- Quando si seleziona un farmaco analgesico si dovrebbe sempre privilegiare quello con la minore tossicità, come ad es. il paracetamolo, che può essere somministrato regolarmente in caso di dolore costante e persistente.

- I farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) devono essere usati con cautela, alla dose più bassa disponibile per il periodo più breve possibile, e per condizioni flogistiche, poiché essi sono associati a una frequente insorgenza di effetti avversi.

- L'uso di diversi analgesici a dosi più basse spesso fornisce una migliore analgesia, con meno EA. Ad esempio, prescrivere un antidepressivo con proprietà analgesiche (ad es. duloxetina, milnacipran) può trattare sia il dolore, i sintomi depressivi che l'ansia.

- Gli anticonvulsivanti con miglior rapporto rischio/efficacia, come i gabapentinoidi (pregabalin, gabapentin) devono essere usati come terapia di prima linea per il dolore neuropatico.

- Agenti anticolinergici come gli antidepressivi triciclici (ad es. amitriptilina) devono essere evitati a causa dei loro frequenti AE (confusione, sonnolenza, aritmie, rischio di cadute).

- Come per tutti i pazienti con dolore, gli oppioidi possono essere utilizzati in presenza di dolore grave che interferisce con la funzionalità e qualità della vita. Gli oppioidi di solito rac-

comandati per i pazienti più anziani sono l'ossicodone e l'idromorfone, che si accumulano di meno in caso di insufficienza renale, rispetto alla morfina e alla codeina.

- Quando si utilizza un agente a doppio meccanismo farmacodinamico come il tramadolo, si dovrebbe prestare particolare attenzione alle interazioni farmaco-farmaco con i farmaci concomitanti.

- Gli oppioidi a rilascio prolungato o a lunga durata d'azione dovrebbero essere prescritti solo in pazienti già trattati con una dose analoga di oppiaceo a breve durata d'azione, per evitare potenziale depressione respiratoria nei pazienti che non ne hanno mai assunti precedentemente.

- Indipendentemente dal tipo di farmaco prescritto, lo stesso deve essere iniziato alla dose più bassa disponibile e titolato lentamente, con frequenti rivalutazioni dell'efficacia analgesica e dell'EA.

- Le raccomandazioni generali sono favorevoli a un approccio più personalizzato basato sull'ottimizzazione del trattamento e sull'anticipazione dei potenziali problemi correlati ai farmaci (cadute, ospedalizzazione). Tuttavia, il trattamento del dolore nelle persone fragili con disturbi cognitivi, con problemi di comunicazione o demenza, rappresenta una vera sfida per una serie di ragioni: la valutazione del dolore è particolarmente difficile in questa popolazione, la titolazione dell'azione e il dosaggio sono difficili, i sintomi comportamentali e psicologici della demenza sono facilmente confusi con il dolore, i farmaci psicotropi sono frequentemente associati a effetti avversi cognitivi come il delirio. Tuttavia, nonostante queste difficoltà nel trattamento del dolore nei pazienti fragili, dovrebbe essere prestata particolare attenzione a non ignorare o sottostimare il dolore, come purtroppo accade troppo spesso.



## La gestione del dolore nel deterioramento cognitivo correlato a demenza

**Miriam Kunz, PhD**

Co-Chair, Global Year Task Force  
Department of Medical Psychology and Sociology  
University of Augsburg  
Augsburg, Germany

**Stefan Lautenbacher, PhD**

Department of Physiological Psychology  
University of Bamberg  
Bamberg, Germany

Gli individui con demenza rischiano che il loro dolore non venga curato perché la loro capacità di riconoscere, valutare e comunicare verbalmente il dolore diminuisce gradualmente nel corso della demenza [3,4]. Di conseguenza, per questo gruppo, sempre crescente, di pazienti fragili sono necessari metodi alternativi di valutazione del dolore - che non dipendono dalla capacità di riferire autonomamente il dolore - al fine di garantire che il loro dolore possa essere valutato con precisione in modo tempestivo.

### **Valutazione del dolore nella demenza: autovalutazione**

Sebbene la validità dell'autovalutazione del dolore diminuisca nel corso della demenza, potrebbe ancora essere un metodo appropriato per la valutazione del dolore nelle prime fasi della demenza, quando il paziente è ancora in grado di riconoscere e verbalizzare il dolore [10]. Tuttavia, quando la si prende in considerazione devono essere prese alcune precauzioni, come l'uso di scale semplici (p. es., scale descrittive verbali), ripetendo la domanda e le istruzioni su come utilizzare la scala e lasciando un tempo adeguato per rispondere [10]. Inoltre, dovrebbe essere utilizzato un approccio più individualizzato che tenga conto dei deficit neuropsicologici specifici dell'individuo (p. es., deficit di memoria,

afasia) e delle sue risorse cognitive. Questo si può fare con un breve screening neuropsicologico. Quando la demenza progredisce in stadi moderati e gravi, l'autovalutazione del dolore è spesso assente [7]. I medici dovrebbero essere consapevoli di questo e non dovrebbero interpretare la mancanza di dolore auto-riferito in individui con gravi deficit cognitivi come indicatore di uno stato di assenza di dolore.

### **Valutazione del dolore nella demenza: scale del dolore osservazionali**

Negli ultimi due decenni è stato sviluppato un numero considerevole di scale osservazionali di valutazione del comportamento in caso di dolore nelle persone con demenza (p. es., PACSLAC [2], PAIC [1], MOBID2 [6], DOLO-Plus [9], PAINAD [11]). Queste scale solitamente includono elementi di osservazione relativi alle espressioni facciali, alla vocalizzazione e ai movimenti del corpo (vedere [5] e [12] per revisioni recenti). Le scale osservazionali sono applicate quando il paziente è a riposo (dopo alcuni minuti di osservazione) o quando il paziente svolge attività quotidiane (ADL). Dato che l'osservazione del paziente a riposo può non rivelare il dolore, specialmente nelle condizioni di dolore cronico, si raccomanda di osservare i pazienti durante i movimenti o gli

spostamenti [6].

Nonostante il gran numero di scale sviluppate, queste scale spesso non sono ben utilizzate nella pratica clinica, per mancanza di motivazione, di tempo, per la difficoltà nell'osservare il comportamento del paziente e allo stesso tempo fornire assistenza, incertezza su come valutare, nonché l'incertezza su come interpretare i punteggi. Pertanto, è necessario uno sforzo maggiore per superare questi ostacoli e per garantire che l'uso di tali scale del dolore osservazionali diventi la routine standard quando si prendono in carico le persone con demenza.

### Valutazione del dolore in caso di demenza: valutazione automatica del dolore con sistemi video

I nuovi sviluppi nei sistemi automatici di rilevamento del dolore potrebbero essere utilizzati come uno strumento complementare a supporto del caregiver. La maggior parte dei tentativi di sviluppare sistemi automatici di rilevamento del dolore si sono concentrati sull'analisi delle espressioni facciali [8]. Sebbene i progressi in tale direzione siano notevoli, ci sono ancora molti ostacoli da superare per poter utilizzare questi sistemi nell'assistenza clinica. Ma dato il rapido sviluppo in questo settore, ci si può

aspettare che tali sistemi siano disponibili entro il prossimo decennio.

### Conclusioni

- La valutazione del dolore nella demenza dovrebbe sempre essere data da una combinazione di autovalutazione e di valutazione osservazionale. Con l'aggravarsi della demenza, i caregiver potrebbero aver bisogno di affidarsi di più a indicatori comportamentali del dolore. Lo screening neuropsicologico può guidare la scelta di un'adeguata valutazione del dolore e consentire approcci di valutazione più personalizzati.
- La valutazione osservazionale del dolore dovrebbe essere condotta durante il riposo e durante i momenti di trasferimento (o altre attività della vita quotidiana) utilizzando scale di valutazione comportamentali del dolore.
- Dovrebbero essere sviluppate delle ottime concezioni di valutazione del dolore nella demenza, per garantire che l'uso delle scale osservazionali diventi lo standard quando ci si prende cura di individui con demenza.
- In futuro, la rilevazione automatica del dolore nella demenza potrebbe essere utilizzata come strumento complementare a supporto della valutazione da parte del caregiver.

### Bibliografia

- [1] Corbett A, Achterberg W, Husebo B, Lobbezoo F, de Vet H, Kunz M, Strand L, Constantinou M, Tudose C, Kappesser J, de Waal M, Lautenbacher S; EU-COST action td 1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia Collaborators: <http://www.cost-td1005.net/>. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurol*. 2014 Dec 10;14:229. doi: 10.1186/s12883-014-0229-5.
- [2] Fuchs-Lacelle S1, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manag Nurs*. 2004 Mar;5(1):37-49.
- [3] Gibson SJ, Lautenbacher S: Pain Perception and Report in Persons with Dementia. In: Lautenbacher S, Gibson SJ (eds): *Pain in Dementia*. Wolters Kluwer and IASP Press, 2017. pp 43-54.
- [4] Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, Smith JH. Pain assessment in elderly adults with dementia. *The Lancet Neurology* 2014, 13(12), 1216-1227.
- [5] Herr K, Zwakhalen S, Swafford K. Observation of pain in dementia. *Current Alzheimer Research* 2017, 14(5), 486-500.
- [6] Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE: Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scand J Caring Sci* 2010, 24(2):380-391.
- [7] Kaasalainen S, Crook J. An exploration of seniors' ability to report pain. *Clinical nursing research* 2004, 13(3), 199-215.
- [8] Kunz M, Seuss D, Hassan T, Garbas JU, Siebers M, Schmid U, Lautenbacher S. Problems of video-based pain detection in patients with dementia: a road map to an interdisciplinary solution. *BMC geriatrics* 2017, 17(1), 33.
- [9] Lefebvre-Chapiro S. The DOLOPLUS 2 scale - evaluating pain in the elderly. *European Journal Of Palliative Care*. 2001;8:191-194.
- [10] Pautex S, Lautenbacher S: *Methods of Assessing Pain and Associated Conditions in Dementia: Self-report Pain Scales*. In: Lautenbacher S, Gibson SJ (eds): *Wolters Kluwer and IASP Press*, 2017. pp. 119-132.
- [11] Warden V, Hurley AC, Volicer L: Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003, 4(1):9-15.
- [12] Zwakhalen S, Herr K, Swafford K. Observational pain tools. In *Pain in Dementia*, ed. Stephen J Gibson and Stefan Lautenbacher, Wolters Kluwer and IASP Press, 2017

## La gestione del dolore nelle persone con demenza

**Wilco Achterberg, MD, PhD**  
Leiden University Medical Centre  
LUMC Department of Public Health and Primary Care  
Leiden, Netherlands

**Bettina Husebo, MD**  
University of Bergen  
Department of Global Public Health and Primary Care  
Bergen, Norway

Diverse malattie possono portare a deterioramento cognitivo, con problemi progressivi nella vita quotidiana, nella comunicazione e nel comportamento, agitazione, apatia o disturbi del sonno. È questa la sindrome che chiamiamo demenza. Le più comuni sono la malattia di Alzheimer, la demenza vascolare e una combinazione di entrambi. La malattia di Parkinson, la malattia di Huntington, l'AIDS e molte altre malattie più o meno rare possono portare alla demenza. Sebbene tutte queste malattie possano finire nello stesso stato di "demenza", la neuropatologia di tutte queste malattie è diversa, così come l'impatto sul sistema di elaborazione del dolore. È stato rilevato come le persone con demenza (PD) tendono a una scarsa valutazione del dolore e molti studi hanno scoperto che usano meno analgesici [1].

### Il trattamento del dolore nella demenza può variare

- I malati di Alzheimer provano dolore, ma l'interpretazione e la valutazione cognitiva ed emotiva del dolore possono essere differenti.
- I pazienti con demenza vascolare molto probabilmente hanno più dolore, a causa delle lesioni della sostanza bianca che possono indurre dolore centrale.
- Poiché le cause della demenza sono malattie neuropatologiche progressive,

l'impatto sull'elaborazione del dolore dipende dallo stadio della malattia.

- In quasi tutti i tipi di demenza, la comunicazione è seriamente compromessa.
- Gli studi sperimentali mostrano che la soglia del dolore è un po' più elevata nella malattia di Alzheimer e che le risposte autonome sono ostacolate [2].
- Studi sperimentali dimostrano anche che le espressioni facciali dopo uno stimolo doloroso aumentano nelle persone con demenza [6].

### Le sfide della valutazione del dolore nella demenza

- L'auto-valutazione del dolore (e gli effetti diretti e collaterali dei farmaci) non è sempre possibile, specialmente negli stadi più avanzate di malattia.
- Gli strumenti regolari di valutazione del dolore non sono sempre fattibili, specialmente nelle fasi più avanzate.
- Gli operatori sanitari non sono spesso adeguatamente preparati per la comunicazione con PD, con deficit di approccio e conoscenze riguardanti sia la demenza che il dolore [8].
- Quando i normali strumenti di valutazione del dolore (self-report) non sono più validi, sono disponibili gli strumenti osservazionali.



- Esistono più di 35 strumenti di osservazione, ma sia la validazione che l'applicazione sono generalmente scarse [4].
- Il dolore è spesso espresso da un comportamento (ad esempio agitazione).
- I caregiver si concentrano sulla gestione del comportamento, spesso con farmaci antipsicotici, invece che sulla cura del dolore.
- La differenziazione tra le cause dei sintomi neuropsichiatrici è difficile.

### Gestione interdisciplinare e non farmacologica

- Il paziente con demenza ha molte esigenze mediche, sociali e psicologiche. La gestione del dolore presenta sempre più componenti e quindi dovrebbe essere interdisciplinare.
- Poiché la maggior parte delle persone affette da demenza è anziana, presenta un rischio più elevato di reazioni avverse ai farmaci. Gli interventi non farmacologici (come attività sociali, mentali, fisiche, come la musicoterapia) dovrebbero essere sempre la prima strategia di scelta.
- A causa della valutazione e della manifestazione del dolore alterate dalla malattia, permane una rilevante componente comportamentale e psicologica nell'esperienza del dolore. Pertanto, gli interventi comportamentali e calmanti che rassicurano e rilassano il paziente demente dovrebbero essere attuati anche in prima battuta, anche se vi è scarsa evidenza o scarso accordo tra esperti sull'effetto dell'intervento non farmacologico per il dolore nella demenza [7].

### Gestione farmacologica

- Il paracetamolo è un analgesico efficace nella maggior parte dei pazienti, ma non ne dovrebbe essere incoraggiato il farmaco "al bisogno" poiché spesso hanno difficoltà a comunicare il dolore in modo efficace.
- Quando si usano i FANS, bisogna considerare che la maggior parte dei PD sono perso-

ne anziane e il rischio di eventi avversi gravi (gastroenterologici, renali e cardiovascolari) è molto serio. I pazienti hanno difficoltà anche a comunicare i possibili primi segni di gravi effetti collaterali, quindi si consiglia di stare molto attenti, iniziare con bassi dosaggi e cercare di sospenderli entro due settimane.

- L'uso di oppioidi deboli non è particolarmente raccomandato a causa della scarsa evidenza di efficacia e dei potenziali effetti collaterali, tra i quali, spesso, il delirio.

- Quando necessario devono essere somministrati oppioidi forti, ma "iniziare piano e andare piano". Dal momento che le persone con demenza che assumono oppioidi presentano più effetti collaterali, vanno monitorati e valutati almeno una volta alla settimana. Provare a sospendere ('vai piano') entro sei settimane [5].

- In molti Paesi, i cerotti con buprenorfina o fentanil sono molto utilizzati per le persone con demenza e spesso usati per molti mesi/anni.

- I medici dovrebbero essere critici sull'uso a lungo termine di qualsiasi analgesico, compresi i cerotti.

- Il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia e degli effetti collaterali della terapia sono molto importanti e dovrebbero essere eseguiti regolarmente.

- Studi sperimentali hanno dimostrato che le persone con malattia di Alzheimer con compromissione delle funzionalità frontali non presentano alcun effetto placebo. È stato inoltre dimostrato che questi pazienti necessitavano di un dosaggio più elevato di analgesici per raggiungere lo stesso livello di sollievo dal dolore [3].

- Utilizzare uno strumento di valutazione anche per la valutazione. Se l'autovalutazione è ostacolata, è necessario utilizzare uno strumento di valutazione comportamentale come MOBID-2, PAINAD o PAIC.



## Bibliografia

- [1] Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo BS, Lautenbacher S, Kunz M, Scherder EJ, Corbett A. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1471-82.
- [2] Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, Rainero I. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 1999 Mar;80(1-2):377-82.
- [3] Benedetti F, Arduino C, Costa S, Vighetti S, Tarenzi L, Rainero I, Asteggiano G. Loss of expectation-related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapies less effective. *Pain*. 2006 Mar;121(1-2):133-44.
- [4] Corbett A, Achterberg W, Husebo B, Lobbezoo F, de Vet H, Kunz M, Strand L, Constantinou M, Tudose C, Kappesser J, de Waal M, Lautenbacher S; EU-COST action td 1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia Collaborators: <http://www.cost-td1005.net/>. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurol*. 2014 Dec 10;14:229.
- [5] Erdal A, Flo E, Aarsland D, Selbaek G, Ballard C, Slettebo DD, Husebo BS. Tolerability of buprenorphine transdermal system in nursing home patients with advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial (DEP.PAIN.DEM). *Clin Interv Aging*. 2018 May 16;13:935-946.
- [6] Lautenbacher S, Kunz M. Facial Pain Expression in Dementia: A Review of the Experimental and Clinical Evidence. *Curr Alzheimer Res*. 2017;14(5):501-505.
- [7] Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Husebo BS, Achterberg WP. Interventions targeting pain or behavior in dementia: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013 Sep;12(4):1042-55.
- [8] Zwakhalen S, Docking RE, Gnass I, Sirsch E, Stewart C, Allcock N, Schofield P. Pain in older adults with dementia : A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. *Schmerz*. 2018 Jun 21. doi: 10.1007/s00482-018-0290-x. [Epub ahead of print]



**PAIN IN EUROPE XI**  
BRINGING THE FUTURE TO  
THE PRESENT

**11<sup>TH</sup> CONGRESS OF  
THE EUROPEAN PAIN  
FEDERATION EFIC®**

4-7 SEPTEMBER 2019  
VALENCIA, SPAIN



## Il dolore negli anziani

**Patricia Schofield, PhD, Co-Chair Global Year Task Force**  
Faculty of Health, Education, Medicine and Social Care  
Abertay University  
Dundee, United Kingdom

**Stephen Gibson, PhD**  
National Ageing Research Institute  
Melbourne, Australia

Siamo di fronte a un rapido invecchiamento della popolazione mondiale, ed è noto che la prevalenza del dolore in tale coorte sia la più alta [2]. Recenti studi di revisione sistematica di indagini su ampi campioni di persone confermano che il dolore aumenta con il progredire dell'età, e che le donne soffrono di più rispetto ai maschi. I dolori più comuni sono alle ginocchia, alle anche e lombalgia. È confermato inoltre che l'origine prevalente del dolore è muscolo-scheletrica (osteoporosi od osteoartrosi) [13]. L'invecchiamento e la disabilità aumentano il potenziale di dolore cronico [8]. I comuni siti di dolore sono le ginocchia, i fianchi e la parte bassa della schiena, spesso associati all'osteoartrosi e all'osteoporosi. Le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare dolore cronico ed è spesso associata all'obesità (McCarthy et al 2009, Patel et al 2013). Nel complesso, l'aumento del rischio di sofferenza collegato alla ridotta capacità di farvi fronte ed evitare i potenziali danni associati al dolore evidenzia la vulnerabilità dei segmenti più anziani della popolazione. Tra gli ospiti delle case di riposo è stata riscontrata una elevata incidenza di dolore neuropatico [15]. Nel complesso, questa situazione rappresenta un rischio per notevole di sofferenza causata da fastidiosi dolori.

Il dolore e la sofferenza rendono spesso l'indi-

viduo che ne è afflitto più vulnerabile e questo è particolarmente vero quando si parla degli anziani. Lo stesso avanzare dell'età di per sé può anche portare a una maggiore vulnerabilità, mettendo potenzialmente a repentaglio questa parte della popolazione. Gli adulti più anziani presentano una più alta incidenza di malattie; molte delle quali possono essere dolorose [3]. Interventi chirurgici, procedurali, lesioni [1] e ospedalizzazione sono anche più frequenti in questa fascia di età [12]. L'invecchiamento è spesso associato a una guarigione più lenta e a un minor recupero da una lesione o da una malattia acuta e questo può comportare un rischio potenzialmente maggiore di sviluppare un problema di dolore ininterrotto e persistente [10].

Un altro aspetto importante della vulnerabilità riguarda il potenziale di maggiori danni a causa di eventi o condizioni precipitanti. Per una parte della popolazione anziana, la psichiatria (in particolare la demenza) e la comorbilità medica, la fragilità e la perdita di risorse fisiologiche possono ridurre la capacità del soggetto anziano di affrontare efficacemente gli aspetti negativi del dolore non trattato. La polifarmacia e la comorbilità possono anche ridurre il numero e il tipo di opzioni di trattamento disponibili e quindi compromettere la gestione efficace del dolore [7]. Ad esempio,

il 63% degli anziani con demenza soffriva di dolore cronico rispetto al 54% degli adulti non dementi in un campione di 7609 anziani residenti in comunità [5]. È stata rilevata la relativa mancanza di programmi mirati per il trattamento del dolore specifici per l'età, la mancanza di ricerche adeguate sulle differenze nel dolore collegata all'età e sul suo impatto, nonché una carenza, da tempo riconosciuta, di studi randomizzati e controllati condotti specificatamente su popolazioni più anziane [9]. Di conseguenza, vi è una scarsità di evidenze per guidare la pratica clinica corrente e una maggiore probabilità di danni nelle persone anziane con dolore difficile. Un certo numero di articoli ha discusso dell'autogestione del dolore in questa coorte di persone [6,14] principalmente a causa della mancanza di opzioni farmacologiche disponibili.

Nonostante la nostra crescente consapevolezza della prevalenza del dolore tra la popolazione anziana e la comprensione dell'impatto del dolore su di essa, è diffusa una carenza di trattamento. L'ostacolo a un adeguato trattamento è causato da idee sbagliate ampiamente condivise dagli operatori sanitari e dagli stessi anziani. Un interessante lavoro di Thielke et al (2012) ha identificato quattro miti

comuni sul dolore e sull'invecchiamento, tra cui: il dolore come parte naturale del processo di invecchiamento; il dolore peggiora nel tempo; lo stoicismo porta alla tolleranza al dolore; gli analgesici da prescrizione creano dipendenza. Il documento ha esaminato le argomentazioni dietro ciascuno di questi miti e ha concluso che il dolore non è una parte naturale dell'invecchiamento e in realtà rimane stabile nel tempo. Il fatto che gli anziani siano spesso stoici non significa che "si abituino" al dolore. È stato inoltre dimostrato che oltre l'80% degli anziani con osteoartrosi desiderava maggiori informazioni sul decorso della malattia, ma solo un terzo le aveva avute.

Quindi partendo da qui dove si va? Abbiamo capito le problematiche relative al dolore negli anziani e sappiamo che esiste un'alta incidenza di dolore in questa popolazione, che c'è spesso confusione per le barriere comunicative e i pregiudizi tra i professionisti della salute. Dobbiamo trovare un modo per educare i nostri pazienti e i nostri colleghi a comprendere questi problemi e cercare di gestire il dolore degli anziani in modo più efficace, magari lavorando con loro per aiutarli a capire che non devono convivere con il dolore, è "non è parte del pacchetto invecchiamento".

## Bibliografia

- [1] Stubbs B, Eggermont L, Binnekade T, Saphery A, Patchay S, Schofield P. (2013) Pain and the risk for falls in community dwelling older adults: A systematic review and Meta-analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation [10 Sep 2013, 95(1):175-187. e9].
- [2] Fejer R, Ruhe A (2012) What is the prevalence of musculoskeletal problems in the elderly population in developed countries? A systematic critical literature review. Chiropr Man Therap. 2012; 20: 31.
- [3] Ferrucci, L Giallauria, F & Guralnik, J (2008) Epidemiology of Ageing. Radiology Clinics of North America July 46(4) 643- v
- [4] Hemmingsson ES, Gustafsson M, Isaksson U, Karlsson S, Gustafson Y, Sandman PO, Lövheim H. (2018) Prevalence of pain and pharmacological pain treatment among old people in nursing homes in 2007 and 2013. Eur J Clin Pharmacol. 2018 Apr;74(4):483-488. doi: 10.1007/s00228-017-2384-2. Epub 2017 Dec 20.
- [5] Hunt LJ, Covinsky KE, Yaffe K, Stephens CE, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. (2015) Pain in Community-Dwelling Older Adults with Dementia: Results from the National Health and Aging Trends Study. J Am Geriatr Soc. 2015 Aug;63(8):1503-11. doi: 10.1111/jgs.13536. Epub 2015 Jul 22.
- [6] Karttunen NM, Turunen JH, Ahonen RS, Hartikainen SA. (2015) Persistence of noncancer-related musculoskeletal chronic pain among community-dwelling older people: a population-based longitudinal study in Finland. Clin J Pain. 2015 Jan;31(1):79-85. doi: 10.1097/AJP.0000000000000089.

- [7] Nobili A, Garattini S, Mannucci PM. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *J Comorb.* 2011;1:28-44. Published 2011 Dec 27.
- [8] Molton I, Cook KF, Smith AE, Amtmann D, Chen WH, Jensen MP. Prevalence and impact of pain in adults aging with a physical disability: comparison to a US general population sample. *Clin J Pain.* 2014 Apr;30(4):307-15. doi: 10.1097/AJP.0b013e31829e9bca.
- [9] Reid MC, & Pillemer K. (2015) Management of chronic pain in older adults. *BMJ* 2015; 350
- [10] Schofield P (2007) Pain in Older Adults. *Rev Pain.* 2007 Aug; 1(1): 12–14
- [11] Smith AK, Cenzler IS, Knight SJ, Puntillo KA, Wiedera E, Williams BA, Boscardin WJ, Covinsky KE. (2010). The epidemiology of pain during the last 2 years of life. *Ann Intern Med.* 2010 Nov 2;153(9):563-9. doi: 10.7326/0003-4819-153-9-201011020-00005 [12] Soreide K, Wijnhoven. B (2016) Surgery for an Ageing Population. *BJS* 2016; 103: e7–e9
- [13] Woo J, Leung J, Lau E. (2009) Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life. *Public Health.* 2009 Aug;123(8):549-56. doi: 10.1016/j.puhe.2009.07.006. Epub 2009 Aug 25 Patet et al 2013
- [14] Tse M, Wan VT, Wong AM. (2013) Pain and pain-related situations surrounding community-dwelling older persons. *J Clin Nurs.* 2013 Jul;22(13-14):1870-9. doi: 10.1111/jocn.12238. Epub 2013 May 17
- [15] Van Kollenburg EG, Lavrijsen JC, Verhagen SC, Zuidema SU, Schalkwijk A, Vissers KC. (2012) Prevalence, causes, and treatment of neuropathic pain in Dutch nursing home residents: a retrospective chart review. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Aug;60(8):1418-25. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04078.x. Epub 2012 Jul 12.

## ROME 2020 MAY 20-23

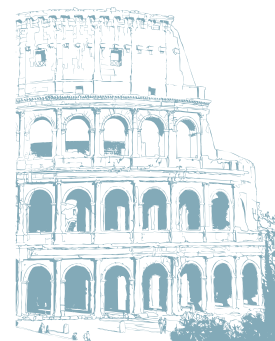
**Congress President:**  
Giustino Varrassi

• **Scientific Program Committee (SPC)** • **Local Organizing Committee (LOC)**

**Chair:** Craig Hartrick  
**Co-Chair:** Anthony Dickenson  
**Components:** Aaron Calodney  
 Marshall Devor  
 Fabricio Dias Assis  
 Serdar Erdine  
 Michael Gofeld  
 Amit Gulati  
 Dominic Hegarty  
 Bert Joosten  
 Gabor Racz  
 James Rathmell  
 Richard Rauck  
 Ricardo Ruiz Lopez  
 Peter Staats  
 Milan Stojanovic  
 Athina Vadalouca  
 Maarten van Kleef  
 Jan Van Zundert  
 Giustino Varrassi  
 Kris Vissers

**Chair:** Giustino Varrassi  
**Components:** Caterina Aurilio  
 (EFIC Councilor)  
 Stefano Coaccioli  
 (President of AISD – IASP Chapter)  
 Gianni Colini Baldeschi  
 Pasquale De Negri  
 Fabrizio Micheli  
 Antonella Paladini  
 Lorenzo Pasquariello

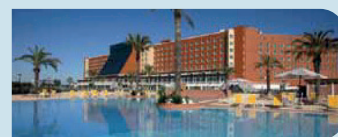
Organizing Secretariat:  
**WIP Headquarter**  
<http://wip.agoria.co.uk>



CME Provider and Local Services:  
**More & More**  
<http://www.moremore.it>

### VENUE

The Rome Marriott Park Hotel  
 Via Colonnello Tommaso Masala, 54  
 00148 Rome - Italy - Tel. +39 06 658821  
[www.romemariottpark.com](http://www.romemariottpark.com)



ROME 2020  
MAY 20-23



10<sup>th</sup> World Congress of the World Institute of Pain (WIP)  
 ••• Rome, May 20-23, 2020

[wip.agoria.co.uk](http://wip.agoria.co.uk)

## SAVE THE DATES

Dear Prospective World Congress Attendee,  
 Planning is underway for the World Institute of Pain (WIP) 10th World Congress to be held in Rome, Italy. Save the dates of May 20th-23rd 2020 and plan to join us for the preeminent summit on pain medicine! Please follow the link to sign up for updates on our World Congress planning efforts and to voice your opinion about topics of interest to you: [www.wip2020.org](http://www.wip2020.org). Our Scientific Program Committee wants to hear from you! By signing up to receive updates, you will receive first notification about program content, abstract submission, early registration and more!





## Cure palliative per la persona anziana con dolore

**Elizabeth L Sampson, PhD**  
Marie Curie Palliative Care Research Department,  
University College London  
London, United Kingdom

**Sophie Pautex, MD**  
Division of Palliative Medicine  
University Hospital Geneva, Geneva University  
Geneva, Switzerland

A livello mondiale, la popolazione oltre i 60 anni raddoppierà entro il 2050 [11]. Dal momento che le persone vivono più a lungo, un numero crescente di persone vivrà e morirà a causa di condizioni di multi-morbilità, fragilità e patologie croniche come l'insufficienza renale o cardiaca. Inoltre, le persone anziane possono vivere situazioni di stress psicosociale come il lutto e la perdita di indipendenza.

### Che cosa sono le cure palliative?

Le cure palliative mirano a mantenere o migliorare la qualità della vita e ad alleviare la sofferenza, attraverso l'identificazione precoce, la valutazione dettagliata e il trattamento dei sintomi [4]. Nelle persone anziane questo significa:

- unire medicina geriatrica e cure palliative concentrandosi sulla valutazione globale per integrare aspetti sociali, spirituali e ambientali.
- comprendere la multi-morbilità, prescrizioni sicure e approccio multidisciplinare.
- dare priorità alla buona comunicazione, tenendo in considerazione l'autonomia, il coinvolgimento nel processo decisionale e l'esistenza di problematiche etiche.
- lavorare con le persone anziane e le loro famiglie in ambienti diversi (casa, assistenza a lungo termine, hospice e ospedale) e durante le fasi di transizione [7].

### Valutazione del dolore

Il modo in cui le persone anziane provano e riferiscono dolore è mediato da una serie di fattori sociali e psicologici, incluso lo stoicismo, che può portare a sottostimare il dolore [2]. Il 'gold standard' rimane l'autovalutazione. [3]. Le domande sul dolore comprendono tre dimensioni chiave: 1) sensoriale, 2) affettiva e 3) l'impatto[8].

### Demenza e deterioramento cognitivo

Segnalare il dolore può essere difficile per le persone anziane con disabilità cognitiva secondaria a demenza e ad altre malattie neurodegenerative o ictus, oppure collegata a fattori culturali o linguistici. Molte persone affette da demenza possono riuscire a segnalare il dolore [12], ma è essenziale avere anche un resoconto collaterale. L'osservazione diretta o le scale osservative del dolore convalidate riconoscono come il dolore o il disagio possa portare a cambiamenti comportamentali [9]. Le linee guida della American Geriatrics Society [3] comprendono una serie di indicatori:

La maggior parte degli strumenti osservativi per il dolore contiene elementi derivati da questi ambiti di analisi. Gli strumenti di solito usati sono: Abbey Pain Scale [1], Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) [10], e la Pain Assessment

	Ambito di osservazione	Esempio
1	Espressione facciale	Accigliata
2	Verbalizzazioni e vocalizzazioni	Gemito, borbottio
3	Movimenti del corpo	Protezione di un'area del corpo
4	Cambiamenti nelle interazioni interpersonali	Mettersi in disparte, aggressività
5	Cambiamenti nei modelli di attività o nelle routine	Appetito, attività della vita quotidiana, sonno
6	Cambiamenti di stato mentale	Delirio, pianto, grida

Checklist per gli anziani con capacità limitata di comunicare (PACSLAC) [5].

### Principi di trattamento

Un trattamento non farmacologico, come l'esercizio fisico, dispositivi che aiutano nella disabilità, tecniche di rilassamento [2], o preparati topici, compresi i FANS per il dolore muscoloscheletrico localizzato [2], può essere efficace come prima scelta. Il trattamento farmacologico del dolore nelle persone anziane può essere difficile. Il problema della polifarmacia è comune e i cambiamenti nel modo in cui i farmaci vengono metabolizzati ed eliminati aumentano il rischio di interazioni e di effetti collaterali. Per ridurre il rischio di eventi avversi sono state elaborate alcune raccomandazioni [2] (AGS 2009):

- Prescrivere usando la scala del dolore WHO [www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/).

- Iniziare con un farmaco a basso dosaggio e aumentare lentamente la dose fino a ottenere una risposta.

- Utilizzare la via di somministrazione meno invasiva.

### Conclusioni

Un approccio di cure palliative garantisce che i sintomi e gli obiettivi del trattamento sono regolarmente rivisti. Discutere un "tetto limite di cura" con la persona o con la sua famiglia per sviluppare un piano di intensificazione del trattamento aiuta una buona gestione del dolore prendendo in considerazione decisioni come la non attuazione o prosecuzione di procedure intrinsecamente dolorose. Può ridurre il rischio di ricoveri ospedalieri stressanti in fase di fine vita.[6]. Nelle cure palliative, consideriamo il concetto di "dolore totale" esplorando il disagio psicologico, che può influenzare la percezione del dolore e della sofferenza.

	Indicazione	Note
Paracetamolo	Dolori muscoloscheletrici e osteoartrite	Analgesico efficace e sicuro
Farmaci antinfiammatori non steroidei, cioè naprossene, ibuprofene	Dolore muscoloscheletrico e artrosi in cui il paracetamolo non è efficace	Rischio maggiore di eventi avversi. Emorragia gastrointestinale, effetti collaterali cardiovascolari (aumento del rischio di ipertensione arteriosa, insufficienza cardiaca) e peggioramento della malattia renale cronica.
Codeina	Oppiacei deboli, per dolore moderato	Sedazione, allucinazioni, delirio, nausea, vomito, stitichezza, ritenzione urinaria, cadute, fratture. Sono disponibili come cerotti ma non possono essere usati nei pazienti naïve agli oppioidi
Morfina, ossicodone, fentanil	Oppioidi forti per il dolore severo nel dolore oncologico e non oncologico	
Amitriptilina	Dolore neuropatico	Ipotensione posturale, aritmie cardiache, ritenzione urinaria, glaucoma e peggioramento del funzionamento cognitivo
Pregabalin, gabapentin	Dolore neuropatico	Effetto ansiolitico e sedativo

## Bibliografia

- [1] Abbey J, Piller N, De BA, Esterman A, Parker D, Giles L, Lowcay B. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *IntJPalliatNurs* 2004;10(1):6-13.
- [2] Abdulla A, Bone M, Adams N, Elliott AM, Jones D, Knaggs R, Martin D, Sampson EL, Schofield P. Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people. *Age Ageing* 2013;42(2):151-153.
- [3] American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6 Suppl):S205-224.
- [4] Davies E, Higginson IJ. Better palliative care for older people, 2004.
- [5] Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain ManagNurs* 2004;5(1):37-49.
- [6] Obolensky L, Clark T, Matthew G, Mercer M. A patient and relative centred evaluation of treatment escalation plans: a replacement for the do-not-resuscitate process. *J Med Ethics* 2010;36(9):518-520.
- [7] Pautex S, Curiale V, Pfisterer M, Rexach L, Ribbe M, Van Den Noortgate N. A common definition of geriatric palliative medicine. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(4):790-791.
- [8] Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, British Pain Society. The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, Vol. 8, 2007.
- [9] Scherder E, Herr K, Pickering G, Gibson S, Benedetti F, Lautenbacher S. Pain in dementia. *Pain* 2009;145(3):276-278.
- [10] Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *JAmMedDirAssoc* 2003;4(1):9-15.
- [11] World Health Organisation. Global Health Observatory (GHO) data; mortality and global health estimates, Vol. 2017, 2017.
- [12] Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain* 2006;126(1-3):210-220.

SEI SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE?

**HAI DIRITTO**  
**ALL'ABBONAMENTO ONLINE GRATUITO**  
**all'European Journal of Pain**



[www.efic.org](http://www.efic.org)



► FACT SHEET N. 7

## Valutazione del dolore nei bambini particolarmente “fragili” e vulnerabili

**Terri Voepel-Lewis, PhD, RN**  
Associate Professor School of Nursing  
Associate Research Scientist in Anesthesiology  
University of Michigan  
Ann Arbor, Michigan

**Carl L von Baeyer, PhD, Professor Emeritus**  
Department of Psychology  
University of Saskatchewan,  
Saskatoon, Canada

In tutte le discipline pediatriche la valutazione del dolore è ampiamente riconosciuta come un importante strumento di diagnosi e per valutare le strategie di trattamento.

La valutazione del dolore comporta un tipo di comunicazione dove l'esperienza personale del dolore del bambino è espressa dal comportamento, che va osservato, interpretato e a cui va data una risposta da parte del medico nell'ambito della situazione clinica. La scarsa valutazione e l'errata interpretazione dei segnali di dolore nei bambini può portare a diagnosi errate, a sotto o sovratrattamento, o a trattamento inappropriato.

La fonte primaria per la valutazione, quando disponibile, è il self-report. Tuttavia, i bambini più vulnerabili non possono comunicare in modo significativo il dolore perché sono troppo piccoli (neonati, lattanti, bambini piccoli), hanno problemi neurologici o di comunicazione, o perché sono stati sedati per scopi medici. La base di valutazione primaria è quindi l'osservazione del comportamento del bambino integrata dalla conoscenza del contesto, dall'input genitoriale e dai segni fisiologici di dolore.

A livello ideale, la valutazione del dolore dovrebbe essere multidimensionale e dovreb-

be includere, ove possibile, la valutazione dei seguenti aspetti:

- **localizzazione del dolore:** per identificare la potenziale causa di malattia o lesioni e per aiutare a differenziare il dolore tra localizzato o diffuso. Anche i bambini molto piccoli o moderatamente rallentati dal punto di vista cognitivo, possono essere in grado di indicare "dove fa male".

- **Qualità del dolore o natura:** fornisce una descrizione qualitativa delle caratteristiche sensoriali e temporali del dolore per differenziare il tipo di dolore (nocicettivo, neuropatico, vascolare). I bambini fragili possono avere difficoltà nel descrivere il dolore.

- **Impatto del dolore:** rileva il livello in cui il dolore interferisce con la funzionalità quotidiana fisica e sociale; questa informazione si può avere dai genitori.

- **Contesto del dolore:** le condizioni osservate, gli eventi e i contesti che influenzano l'esperienza del dolore e guidano in modo più articolato l'interpretazione dei segnali e delle segnalazioni del dolore.

- **Intensità del dolore:** stima il grado di gravità del dolore ed è utile per identificare una linea di base e valutare interventi per lenire il dolore.



## Strumenti di valutazione selezionati per i bambini che non possono comunicare in modo autonomo l'intensità del dolore

Questi esempi di strumenti osservazionali sono sviluppati principalmente per valutare espressionie facciale, pianto o verbalizzazione, postura e tono muscolare o movimento.

### *Neonati, neonati e bambini piccoli [1,2]*

- Profilo del dolore nel prematuro (PIPP).
- La scala neonatale per il dolore infantile (NIPS) (include anche elementi che misurano la frequenza cardiaca e la saturazione di ossigeno).
- La scala del dolore postoperatorio Toddler-Preschooler (TPPPS).
- La scala FLACC, che si basa su consolabilità, pianto, attività delle gambe, espressioni del viso.

### *Bambini con problemi neurologici [3-6]*

- Scala FLACC rivista (r-FLACC): i caregivers possono aggiungere descrittori comportamentali che identificano comportamenti specifici per il bambino, poiché molti bambini con problemi neurologici hanno modi idiosincratici di rispondere al dolore.
- Scala di valutazione numerica individualizzata (INRS): integra le valutazioni globali 0-10 con la descrizione parentale dei comportamenti specifici del bambino.
- Profilo del dolore pediatrico (PPP): include sia osservazioni fisiche che elementi funzionali (ad es. evitare di mangiare, disturbi del sonno, vedi [www.pppprofile.org.uk](http://www.pppprofile.org.uk))
- Lista di controllo del dolore dei bambini non comunicanti - Revisionata (NCCPC-R): una checklist di comportamenti da valutare nei bambini di età compresa tra 3-18 anni con disabilità cognitive o di comunicazione.

### *Bambini che sono sedati o contenuti [7]*

- Scala COMFORT: include valutazioni della fre-

quenza cardiaca e della pressione sanguigna.

- COMFORT-Behavior (COMFORT-B): omette gli oggetti fisiologici.

### *Considerazioni sulla valutazione [8]*

- Le scale osservazionali del dolore non differenziano l'angoscia da dolore da altre fonti di sofferenza come alterazioni fisiopatologiche e/o paura.
- I parametri fisiologici (ad esempio, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno) variano in risposta al dolore, ma sono meno specifici e affidabili come indicatori del dolore rispetto ai comportamenti osservati.
- Le decisioni terapeutiche dovrebbero considerare tutti gli aspetti della valutazione e le potenziali fonti di disagio, inclusi fattori fisiologici, di sviluppo e psicosociali.
- I cut-points del punteggio del dolore sono inadeguati per guidare le decisioni sui farmaci in quanto possono portare a una sotto o sovra-medicazione.
- Le variazioni nei punteggi di intensità del dolore, i comportamenti del dolore osservati, le risposte al trattamento e la funzionalità del bambino sono utilizzati congiuntamente per guidare le decisioni sul trattamento.
- Sebbene specifiche misure di interferenza del dolore o di funzionalità non sono state testate nei gruppi di bambini più fragili, semplici osservazioni, come il ritorno dell'appetito, attività di routine, interazioni sociali e caratteristiche del sonno possono essere facilmente valutate tramite interviste ai genitori e osservazione diretta.
- I pazienti in condizioni critiche non saranno in grado di rispondere in modo documentabile al dolore o dare risposte comportamentali.

## Conclusioni

Gli approcci clinici qui riassunti possono aiutare a strutturare la valutazione del dolore per i bambini più fragili. Tuttavia, come hanno sottolineato Berde e McGrath: "Rimane un'arte

clinica mettere insieme quel che riferiscono i pazienti, l'osservazione comportamentale e la valutazione fisiologica con la storia, l'esame

fisico, le analisi cliniche e il contesto clinico generale al fine di indirizzare le valutazioni cliniche e gli interventi terapeutici [9]."

## Bibliografia

- [1] Lee GY, Stevens BJ. Neonatal and infant pain assessment. Chap. 35 in McGrath PJ, Stevens BJ, Walker SM, Zempsky WT (Eds.), Oxford Textbook of Paediatric Pain, 2014, pp. 353-369. Oxford, UK: Oxford University Press.
- [2] Crellin DJ Systematic review of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability tool in infants and children: is it reliable, valid, & feasible for use? Pain 2015;156:1232-51.
- [3] Crosta QR, Ward TM, Walker AJ, Peters LM. A review of pain measures for hospitalized children with cognitive impairment. J Spec Pediatr Nurs. 2014 Apr;19(2):109-18.
- [4] Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait AR. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. Paediatr Anaesth. 2006;16(3):258-265.
- [5] Pedersen LK, Rahbek O, Nikolajsen L, Moller-Madsen B. The revised FLACC score: Reliability and validation for pain assessment in children with cerebral palsy. Scand J Pain. 2015;9(1):57-61.
- [6] Solodiuk JC, Scott-Sutherland J, Meyers M, et al. Validation of the Individualized Numeric Rating Scale (INRS): a pain assessment tool for nonverbal children with intellectual disability. Pain. 2010;150(2):231-236.
- [7] Dorfman TL, Sumamo Schellenberg E, Rempel GR, Scott SD, Hartling L. An evaluation of instruments for scoring physiological and behavioral cues of pain, non-pain related distress, and adequacy of analgesia and sedation in pediatric mechanically ventilated patients: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2014;51(4):654-676.
- [8] Voepel-Lewis T, Malviya S, Tait AR. inappropriate opioid dosing and prescribing for children: An unintended consequence of the clinical pain score? JAMA Pediatr. 2017;171(1):5-6.
- [9] Berde C, McGrath P. Pain measurement and Beecher's challenge: 50 years later. Anesthesiology. 2009;111(3):473-474.



# il Mio dolore

Dialoghi, riflessioni tra medico e paziente, approfondimenti su esperienze vissute

**Scaricalo gratuitamente dai siti**

[www.painnursing.it](http://www.painnursing.it)

[www.fondazioneprocacci.org](http://www.fondazioneprocacci.org)

## Dolore pediatrico: terapia

**Liesbet Goubert, PhD**

Professor of Clinical Health Psychology  
Department of Experimental-Clinical and Health  
Psychology  
Ghent University  
Ghent, Belgium

**Stefan J. Friedrichsdorf, MD, FAAP**

Medical Director, Department of Pain Medicine, Palliative  
Care and Integrative Medicine, Children's Hospitals and  
Clinics of Minnesota  
Associate Professor of Pediatrics, University of  
Minnesota  
Minneapolis, USA

Data la dipendenza dei bambini dagli adulti per quanto riguarda la valutazione del dolore, la prevenzione e il trattamento, i bambini di età compresa tra 0 e 17 anni costituiscono una popolazione fragile e hanno bisogno di un'attenzione particolare per quanto riguarda la gestione del dolore.

Le esperienze di dolore, anche acuto e cronico, sono comuni nei neonati, nei bambini e negli adolescenti. I dati degli ospedali pediatrici rivelano che il dolore nei pazienti pediatrici è abituale, sottostimato e sotto-trattato [3,15,35,38,47,50,54]. Una recente revisione sistematica ha mostrato che i neonati ammessi alle unità di terapia intensiva sono spesso sottoposti a una media di 7-17 procedure dolorose al giorno, le procedure più frequenti sono la venipuntura, la puntura del tallone e l'inserimento di un catetere venoso periferico [3]. Nella stragrande maggioranza dei bambini, non vengono utilizzate strategie analgesiche [33]. Inoltre, i bambini in gravi condizioni mediche sono esposti a frequenti procedure diagnostiche edolorose

(ad esempio, aspirazioni del midollo osseo, punture lombari). Anche i bambini sani devono sottoporsi a procedure mediche dolorose durante l'infanzia. Le vaccinazioni sono le procedure con ago più comunemente eseguite durante l'infanzia e il dolore è una motivazione diffusa di esitazione alla vaccinazione [9,25,41]. L'esposizione a dolore severo senza un'adeguata gestione del dolore ha conseguenze negative a lungo termine, tra cui un aumento della morbilità (ad es. emorragia intraventricolare) e mortalità [2,42].

L'esposizione al dolore nei neonati prematuri è associata a dolore più elevato riferito per punture in età scolastica [52], funzioni cognitive e motorie più scarse [19]. La ricerca ha dimostrato che l'esposizione al dolore nelle prime fasi della vita ha conseguenze di lunga durata in termini di aumento del rischio di sviluppare problemi nell'età adulta (dolore cronico, ansia e disturbi depressivi). Un'adeguata gestione del dolore infantile e infantile è imperativa [5,21,53].

## Gestione del dolore da iniezione nei bambini

Il dolore da aghi non trattato, causato da procedure come vaccinazioni, prelievi di sangue, iniezioni, incannulamento venoso, ecc., può avere conseguenze a lungo termine tra cui fobia dell'ago, ansia pre-procedurale, iperalgesia ed evitamento dell'assistenza sanitaria, con conseguente aumento della morbilità e della mortalità [39,40]. L'evidenza attuale [39,44,46], supportata dalle linee guida della Canadian Pediatric Society [6,23], HELPinKids [1,29,30,43] e recentemente promossa da campagne scientifiche sui social media ("Be Sweet to Baby" [8] e in particolare "It does not have to hurt" di Chambers et.al [7]), suggerisce fortemente che dovrebbero essere offerte quattro modalità per le procedure con ago al fine di ridurre o eliminare il dolore provato da bambini [13].

In generale, si consiglia agli operatori sanitari e ai genitori di usare parole neutre ed evitare un linguaggio che può aumentare la paura e può essere falsamente rassicurante (ad es. "Sarà finito presto"; "starai bene"). Una recente revisione Cochrane ha identificato evidenze sufficienti dell'efficacia della terapia cognitivo-

comportamentale, degli interventi respiratori, della distrazione e dell'ipnosi per ridurre il dolore e / o la paura dei bambini dovuti agli aghi [4]. Tramite quattro semplici passaggi (e non solo alcuni di essi) per tutte le procedure che utilizzano gli aghi per tutti i bambini ora è possibile intervenire negli ospedali pediatrici e negli ambulatori pediatrici in diversi continenti [13,31]. (riquadro 1)

## Gestione del dolore acuto nei bambini

Il dolore nocicettivo può essere dovuto a lesioni tissutali causate da malattie, traumi, interventi chirurgici, interventi e / o terapia legate alla malattia. Il dolore acuto non trattato può portare a paura e persino all'evitamento di future procedure mediche.

L'analgesia multimodale (vedi riquadro 2) è l'approccio attualmente impiegato per affrontare il dolore acuto complesso. Solo la farmacologia (includendo analgesia di base, oppioidi, analgesia adiuvante) potrebbe non essere sufficiente per trattare i bambini con dolore acuto. L'aggiunta e l'integrazione di modalità, come l'anestesia regionale, la riabilitazione, efficaci interventi psicosociali [43], la psicolo-

### Riquadro 1: Prevenzione e trattamento del dolore da iniezione

Metodica basata su prove di efficacia, stabilita in 4 punti, per tutti i bambini:

- (1) Anestesia topica, "rendi insensibile la pelle" (per bambini di 36 settimane corrette all'età gestazionale, o più grandi). Gli anestetici topici comprendono crema al 4% di lidocaina [45], crema EMLA o applicazione di lidocaina senza ago tramite un J-tip® (iniettore monouso sterile che usa gas pressurizzato per spingere i farmaci attraverso la pelle) [27,28].
- (2) Saccarosio [16,37] o allattamento [34] per i bambini da 0 a 12 mesi [8].
- (3) Posizionamento comfort, "Non tener fermi i bambini". Tener fermi i bambini per le procedure non è mai di aiuto, crea un'esperienza negativa e aumenta l'ansia e il dolore [24]. Per i bambini piccoli, prendi in considerazione la fasciatura, il calore, il contatto pelle a pelle o una posizione piegata? tuckin. Per i bambini di età pari o superiore a sei mesi, proponi di farli seduti in grembo ai genitori che li tengono in braccio o sono seduti vicini.
- (4) Elementi di distrazione adatti all'età, [51] come giocattoli, libri, bolle di sapone o girandole, palline antistress e utilizzo di app, video o giochi su dispositivi elettronici.



## Riquadro 2: Prevenzione e trattamento del dolore acuto: analgesia multimodale

L'analgesia multimodale agisce in sinergia per un controllo più efficace del dolore pediatrico con minori effetti collaterali rispetto al singolo analgesico

(1) I farmaci (a seconda dello scenario clinico) potrebbero includere:

- Analgesia di base (ad esempio paracetamolo / paracetamolo, FANS, inibitori COX-2)
- Oppioidi (ad esempio tramadolo, morfina, metadone)
- Analgesici adiuvanti (ad es. gabapentin, clonidina, amitriptilina)

(2) Anestesia regionale (ad esempio infusione neurassiale [epidurale / spinale], blocco del nervo periferico / plesso, blocco neurolitico, pompa intratecale)

(3) Riabilitazione (ad esempio terapia fisica, Graded Motor Imagery [32], terapia occupazionale)

(4) Psicologia (ad esempio terapia cognitivo comportamentale)

(5) Spiritualità (ad esempio un prete)

(6) Modalità integrative ("non farmacologiche") (ad esempio tecniche mente-corpo come la respirazione diaframmatica, fare le bolle, autoipnosi, rilassamento muscolare progressivo, biofeedback più massaggio, aromaterapia, digitopressione, agopuntura).

gia, la spiritualità e le modalità integrative ("non farmacologiche") agiscono in sinergia per un più efficace controllo del dolore pediatrico (risparmiando oppioidi) con minori effetti collaterali rispetto al singolo analgesico o altre modalità [12,34].

(riquadro 2)

### Gestione del dolore pediatrico cronico

Il dolore cronico pediatrico è un problema significativo con stime prudenti secondo cui il 20% -35% dei bambini e degli adolescenti ne è affetto a livello mondiale [17,26,36]. Il dolore sperimentato negli ospedali per bambini è noto per essere diffuso, sottostimato e sotto-trattato, con oltre il 10% di bambini ospedalizzati che presentano caratteristiche di dolore cronico [15,38,47,55]. Sebbene la maggior parte dei bambini che lamentano dolore cronico non soffre una eccessiva disabilità [22], circa il 3% dei pazienti con dolore cronico pediatrico necessita di una riabilitazione intensiva [20].

Nella dichiarazione dell'American Pain Society

del 2012, "Valutazione e gestione dei bambini con dolore cronico", viene indicato che il dolore cronico nei bambini è il risultato di un'integrazione dinamica di processi biologici, fattori psicologici e variabili socioculturali, considerati all'interno di un percorso evolutivo [11]. A differenza della medicina degli adulti, il dolore cronico nei bambini non è necessariamente definito utilizzando parametri temporali arbitrari (ad esempio 3 mesi), ma piuttosto in modo più funzionale come "dolore che si estende oltre il periodo di guarigione previsto" e "quindi manca la funzione di segnale acuto di nocicezione fisiologica" [48,49].

Un approccio interdisciplinare che combina (1) riabilitazione; (2) medicina integrativa / tecniche mente-corpo; (3) psicologia; e (4) la normalizzazione della frequenza scolastica quotidiana, lo sport, la vita sociale e il sonno sembra essere efficace. Come risultato della funzionalità ristabilita, il dolore migliora e di solito scompare. Gli oppioidi non sono indicati per i disturbi da dolore primario (tra cui la sindrome da dolore addominale mediato centralmente,

cefalea primaria [mal di testa / emicrania] e dolore muscoloscheletrico diffuso) e altri farmaci, con poche eccezioni, di solito non sono la terapia di prima linea.

Una recente revisione Cochrane ha concluso che i trattamenti psicologici faccia a faccia potrebbero essere efficaci nel ridurre gli esiti di dolore in bambini e adolescenti con cefalea e altri tipi di dolore cronico [10]. È stato anche dimostrato che i trattamenti psicologici sono efficaci per ridurre la disabilità correlata al dolore in bambini e adolescenti con dolore cronico misto a post-trattamento e al follow-up e nei bambini con mal di testa al follow-up.

I trattamenti psicologici che hanno ricevuto maggiore attenzione sono la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia dell'accettazione e dell'impegno.

Prove sempre maggiori suggeriscono che è importante fare attenzione ai pensieri catastrofici dei genitori, al loro disagio e comportamenti riguardo al dolore dei propri bambini (ad esempio, i comportamenti protettivi), portando quindi a raccomandazioni per inserire i genitori nel trattamento multidisciplinare [18]. (riquadro 3)

### Riquadro 3: Trattamento del dolore cronico e dei disturbi di dolore primario [14]

- (1) Riabilitazione (ad esempio terapia fisica, immaginazione a graduata [32], terapia occupazionale)
- (2) Modalità integrative ("non farmacologiche") (ad esempio tecniche mente-corpo come respirazione diaframmatica, fare le bolle, autoipnosi, rilassamento muscolare progressivo, biofeedback più massaggio, aromaterapia, digitopressione, agopuntura.
- (3) Psicologia (ad esempio terapia cognitivo comportamentale, terapia dell'accettazione e dell'impegno)
- (4) Normalizzare la vita (di solito prima la vita ritorna alla normalità prima il dolore diminuisce, non viceversa) • Sport / esercizio fisico • Igiene del sonno • Vita sociale • Frequenza scolastica
- (5) Farmaci (possono o non possono essere richiesti)
  - Analgesia di base (ad esempio paracetamolo / paracetamolo, FANS, inibitore della COX-2)
  - Analgesici adiuvanti (ad es. gabapentin, clonidina, amitriptilina)
  - da notare: in assenza di nuova lesione tissutale, ad es. epidermolisi bollosa, osteogenesi imperfetta, gli oppioidi di solito NON sono indicati

### Bibliografia

- [1] Help ELiminate Pain in Kids & Adults <http://phm.utoronto.ca/helpinkids/index.html>, 2018.
- [2] Anand KJ, Barton BA, McIntosh N, Lagercrantz H, Pelaya E, Young TE, Vasa R. Analgesia and sedation in preterm neonates who require ventilatory support: results from the NOPAIN trial. Neonatal Outcome and Prolonged Analgesia in Neonates. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153(4):331-338.
- [3] Birnie KA, Chambers CT, Fernandez CV, Forgeron PA, Latimer MA, McGrath PJ, Cummings EA, Finley GA. Hospitalized children continue to report undertreated and preventable pain. Pain Res Manag 2014;19(4):198-204.
- [4] Birnie KA, Noel M, Chambers CT, Uman LS, Parker JA. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2018;10:CD005179.
- [5] Brattberg G. Do pain problems in young school children persist into early adulthood? A 13-year follow-up. Eur J Pain 2004;8(3):187-199.
- [6] Canadian Paediatric Society. Reduce the Pain of Vaccination in Babies, 2014.
- [7] Centre for Pediatric Pain Research. It Doesn't Have to Hurt, 2016.
- [8] CHEO's Be Sweet to Babies research team and the University of Ottawa's School of Nursing. Be Sweet to Babies, 2014.
- [9] Edwards KM, Hackell JM, Committee On Infectious Diseases TCOP, Ambulatory M. Countering Vaccine Hesitancy. Pediatrics 2016;138(3).

- [10] Fisher E, Law E, Dudeney J, Palermo TM, Stewart G, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;9:CD003968.
- [11] Force APSPCPT. Assessment and Management of Children with Chronic Pain. A Position Statement from the American Pain Society, 2012.
- [12] Friedrichsdorf SJ. Prevention and Treatment of Pain in Hospitalized Infants, Children, and Teenagers: From Myths and Morphine to Multimodal Analgesia. *Pain 2016: Refresher Courses 16th World Congress on Pain*. Washington, D.C: International Association for the Study of Pain, IASP Press, 2016. pp. 309-319.
- [13] Friedrichsdorf SJ, Eull D, Weidner C, Postier A. A hospital-wide initiative to eliminate or reduce needle pain in children using lean methodology. *Pain Rep* 2018;3(Suppl 1):e671.
- [14] Friedrichsdorf SJ, Giordano J, Desai Dakoji K, Warmuth A, Daughtry C, Schulz CA. Chronic Pain in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment of Primary Pain Disorders in Head, Abdomen, Muscles and Joints. *Children (Basel)* 2016;3(4).
- [15] Friedrichsdorf SJ, Postier A, Eull D, Weidner C, Foster L, Gilbert M, Campbell F. Pain Outcomes in a US Children's Hospital: A Prospective Cross-Sectional Survey. *Hospital pediatrics* 2015;5(1):18-26.
- [16] Gao H, Gao H, Xu G, Li M, Du S, Li F, Zhang H, Wang D. Efficacy and safety of repeated oral sucrose for repeated procedural pain in neonates: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2016;62:118-125.
- [17] Goodman JE, McGrath PJ. The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain* 1991;46(3):247-264.
- [18] Goubert L, Simons LE. Cognitive styles and processes in paediatric pain. In: P McGrath, ., B Stevens, S Walker, W Zernsky, editors. *Oxford textbook of paediatric pain* Oxford University Press, 2013. pp. 95–101.
- [19] Grunau RE, Whitfield MF, Petrie-Thomas J, Synnes AR, Cepeda IL, Keidar A, Rogers M, Mackay M, Hubber-Richard P, Johannesen D. Neonatal pain, parenting stress and interaction, in relation to cognitive and motor development at 8 and 18 months in preterm infants. *Pain* 2009;143(1-2):138-146.
- [20] Hechler T, Dobe M, Zernikow B. Commentary: A worldwide call for multimodal inpatient treatment for children and adolescents suffering from chronic pain and pain-related disability. *Journal of pediatric psychology* 2010;35(2):138-140.
- [21] Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Kyvik KO, Manniche C. The course of low back pain from adolescence to adulthood: eight-year follow-up of 9600 twins. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006;31(4):468-472.
- [22] Huguet A, Miro J. The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. *J Pain* 2008;9(3):226-236.
- [23] Immunize Canada. Reduce the Pain of Vaccination in Kids and Teens, 2014.
- [24] Karlson K, ., Darcy L, Enskär K. The Use of Restraint is Never Supportive (Poster). Nordic Society of Pediatric Hematology/Oncology (NOPHO) 34th Annual meeting 2016 and 11th Biannual Meeting of Nordic Society of Pediatric Oncology Nurses (NOBOS). Reykjavik, Iceland, 2016.
- [25] Kennedy A, Basket M, Sheedy K. Vaccine attitudes, concerns, and information sources reported by parents of young children: results from the 2009 HealthStyles survey. *Pediatrics* 2011;127 Suppl 1:S92-99.
- [26] King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, MacDonald AJ. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain* 2011;152(12):2729-2738.
- [27] Lunoe MM, Drendel AL, Brousseau DC. The use of the needle-free jet injection system with buffered lidocaine device does not change intravenous placement success in children in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2015;22(4):447-451.
- [28] Lunoe MM, Drendel AL, Levas MN, Weisman SJ, Dasgupta M, Hoffmann RG, Brousseau DC. A Randomized Clinical Trial of Jet-Injected Lidocaine to Reduce Venipuncture Pain for Young Children. *Ann Emerg Med* 2015;66(5):466-474.
- [29] McMurtry CM, Pillai Riddell R, Taddio A, Racine N, Asmundson GJ, Noel M, Chambers CT, Shah V, HelpinKids, Adults T. Far From "Just a Poke": Common Painful Needle Procedures and the Development of Needle Fear. *Clin J Pain* 2015;31(10 Suppl):S3-11.
- [30] McMurtry CM, Taddio A, Noel M, Antony MM, Chambers CT, Asmundson GJ, Pillai Riddell R, Shah V, MacDonald NE, Rogers J, Bucci LM, Mousmanis P, Lang E, Halperin S, Bowles S, Halpert C, Ipp M, Rieder MJ, Robson K, Uleryk E, Votta Bleeker E, Dubey V, Hanrahan A, Lockett D, Scott J. Exposure-based Interventions for the management of individuals with high levels of needle fear across the lifespan: a clinical practice guideline and call for further research. *Cognitive behaviour therapy* 2016;45(3):217-235.
- [31] Postier AC, Eull D, Schulz C, Fitzgerald M, Symalla B, Watson D, Goertzen L, Friedrichsdorf SJ. Pain Experience in a US Children's Hospital: A Point Prevalence Survey Undertaken After the Implementation of a System-Wide Protocol to Eliminate or Decrease Pain Caused by Needles. *Hospital pediatrics* 2018;8(9):515-523.
- [32] Ramsey LH, Karlson CW, Collier AB. Mirror Therapy for Phantom Limb Pain in a 7-Year-Old Male with Osteosarcoma. *J Pain Symptom Manage* 2017;53(6):e5-e7.
- [33] Roofthoof DW, Simons SH, Anand KJ, Tibboel D, van Dijk M. Eight years later, are we still hurting newborn infants? *Neonatology* 2014;105(3):218-226.
- [34] Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD004950.
- [35] Shomaker K, Dutton S, Mark M. Pain Prevalence and Treatment Patterns in a US Children's Hospital. *Hospital pediatrics* 2015;5(7):363-370.
- [36] Stanford EA, Chambers CT, Biesanz JC, Chen E. The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: a population-based approach. *Pain* 2008;138(1):11-21.
- [37] Stevens B, Yamada J, Ohlsson A, Haliburton S, A. S. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;7:CD001069.
- [38] Stevens BJ, Harrison D, Rashotte J, Yamada J, Abbott LK, Coburn G, Stinson J, Le May S. Pain assessment and intensity in hospitalized children in Canada. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society* 2012;13(9):857-865.
- [39] Taddio A, Appleton M, Bortolussi R, Chambers C, Dubey V, Halperin S, Hanrahan A, Ipp M, Lockett D, MacDonald N, Midmer D, Mousmanis P, Palda V, Pielak K, Riddell RP, Rieder M, Scott J, Shah V. Reducing the pain of childhood vaccination: an



- evidence-based clinical practice guideline. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 2010;182(18):E843-855.
- [40] Taddio A, Chambers CT, Halperin SA, Ipp M, Lockett D, Rieder MJ, Shah V. Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. *Clin Ther* 2009;31 Suppl 2:S152-167.
- [41] Taddio A, Ipp M, Thivakaran S, Jamal A, Parikh C, Smart S, Sovran J, Stephens D, Katz J. Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults. *Vaccine* 2012;30(32):4807-4812.
- [42] Taddio A, Katz J, Ilersich AL, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet* 1997;349(9052):599-603.
- [43] Taddio A, McMurtry CM, Shah V, Riddell RP, Chambers CT, Noel M, MacDonald NE, Rogers J, Bucci LM, Mousmanis P, Lang E, Halperin SA, Bowles S, Halpert C, Ipp M, Asmundson GJ, Rieder MJ, Robson K, Uleryk E, Antony MM, Dubey V, Hanrahan A, Lockett D, Scott J, Votta Bleeker E, HelpinKids, Adults. Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *CMAJ* 2015;187(13):975-982.
- [44] Taddio A, Parikh C, Yoon EW, Sgro M, Singh H, Habtom E, Ilersich AF, Pillai Riddell R, Shah V. Impact of parent-directed education on parental use of pain treatments during routine infant vaccinations: a cluster randomized trial. *Pain* 2015;156(1):185-191.
- [45] Taddio A, Pillai Riddell R, Ipp M, Moss S, Baker S, Tolkin J, Malini D, Feerasta S, Govan P, Fletcher E, Wong H, McNair C, Mithal P, Stephens D. Relative effectiveness of additive pain interventions during vaccination in infants. *CMAJ* 2016.
- [46] Taddio A, Shah V, McMurtry CM, MacDonald NE, Ipp M, Riddell RP, Noel M, Chambers CT, HelpinKids, Adults T. Procedural and Physical Interventions for Vaccine Injections: Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Quasi-Randomized Controlled Trials. *Clin J Pain* 2015;31(10 Suppl):S20-37.
- [47] Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Res Manag* 2008;13(1):25-32.
- [48] Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JW, Wang SJ. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015;156(6):1003-1007.
- [49] Turk D, Okifuji A. Pain terms and taxonomies of pain. In: J Bonica, J Loeser, C Chapman, D Turk, S Butler, editors. *Bonica's management of pain* Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- [50] Twycross A, Collis S. How well is acute pain in children managed? A snapshot in one English hospital. *Pain Manag Nurs* 2013;14(4):e204-215.
- [51] Uman LS, Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely SR. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(10):CD005179.
- [52] Valeri BO, Ranger M, Chau CM, Cepeda IL, Synnes A, Linhares MB, Grunau RE. Neonatal Invasive Procedures Predict Pain Intensity at School Age in Children Born Very Preterm. *Clin J Pain* 2015.
- [53] Victoria NC, Murphy AZ. Exposure to Early Life Pain: Long Term Consequences and Contributing Mechanisms. *Curr Opin Behav Sci* 2016;7:61-68.
- [54] Walther-Larsen S, Pedersen MT, Friis SM, Aagaard GB, Romsing J, Jeppesen EM, Friedrichsdorf SJ. Pain prevalence in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey in four Danish university hospitals. *Acta Anaesthesiol Scand* 2016.
- [55] Zhu LM, Stinson J, Palozzi L, Weingarten K, Hogan ME, Duong S, Carbajal R, Campbell FA, Taddio A. Improvements in pain outcomes in a Canadian pediatric teaching hospital following implementation of a multifaceted knowledge translation initiative. *Pain research & management : the journal of the Canadian Pain Society = journal de la societe canadienne pour le traitement de la douleur* 2012;17(3):173-179.



## Le cure palliative nei bambini e negli adolescenti

**Ross Drake**, MBChB, FRACP, FChPM, FFPANZCA  
Paediatric Palliative Care and Pain Medicine Specialist  
Clinical Lead Paediatric Palliative Care and Complex  
Pain Services  
Starship Children's Health  
Auckland District Health Board  
Auckland, New Zealand

**Julie Hauer**, MD, FAAP  
Complex Care Service, Division of General Pediatrics  
Boston Children's Hospital  
Assistant Professor, Harvard Medical School  
Boston Massachusetts

Le Cure Palliative, per le persone di tutte le età compresi i bambini, sono state riconosciute nel 2014 come parte integrale della copertura sanitaria, ed è stata sottolineata la necessità di aumentarne l'accesso, dato il beneficio di questo tipo assistenza [1], visto che può essere considerato un diritto dell'umanità[2]. Si stima che 21 milioni di bambini in tutto il mondo presentino malattie non trasmissibili e trasmissibili, come l'HIV, la tubercolosi multi-resistente (Mdr) ed estremamente resistente ai farmaci, questi bambini potrebbero beneficiare delle cure palliative; il 98% di essi vive in nazioni povere [3]. Si stima che otto milioni di bambini richiedano cure palliative specialistiche [3]. I tassi di prevalenza stimati nei bambini di età compresa tra 0 e 19 anni variano da 20 su 10.000 nel Regno Unito (paese ad alto reddito) a quasi 120 ogni 10.000 bambini nello Zimbabwe (paese a basso reddito) [3]. La prevalenza di condizioni limitanti la vita sembra essere in aumento a causa di una maggiore sopravvivenza [4] con tassi più elevati nelle popolazioni più svantaggiate [5]. Le cure palliative coprono una vasta gamma di malattie, con cause non tumorali che rappresentano circa l'80% dei casi; la maggior parte delle condizioni sono distinte da quel-

le osservate nelle cure palliative per adulti [3,4].

### Caratteristiche del dolore

- Il dolore si manifesta prevalentemente nelle condizioni osservate nelle cure palliative per i bambini (CPC, Palliative Pain Care in Children) con il 50% o più di dolore segnalato in entrambi i gruppi oncologici e non [6-11].
- Il dolore e altri sintomi sono comunemente correlati, inclusi affaticamento e ansia nei bambini con cancro, e intolleranza alimentare e alterazione del sonno nei bambini con problemi neurologici; ciò richiede una concentrazione e un insieme di competenze più ampi rispetto alla semplice gestione del dolore [11-13].
- Nelle CPC, il dolore associato a cancro richiede una rapida valutazione e adeguamento nella gestione del dolore; al contrario nei bambini con problemi neurologici implica spesso una gestione cronica per mesi ed anni [10,11].
- Il dolore acuto, procedurale e correlato al trattamento è comune nei bambini con gravi malattie, molti delle quali sono supportate dal CPC.

- Il dolore nocicettivo è un'eziologia comune del dolore oncologico, mentre le condizioni di dolore neuropatico periferico o centrale è meno comune.
- Il dolore nei bambini con HIV include la neuropatia sensoriale come frequente complicazione della malattia e di alcune terapie [14].
- Il dolore neuropatico centrale e l'iperalgia viscerale sono possibili fonti di dolore cronico nei bambini con grave compromissione del sistema nervoso centrale [15].

## Valutazione

- L'eziologia del dolore nelle CPC è spesso multifattoriale e rende importante la valutazione individuale; a volte è necessaria la segnalazione da parte di chi assiste il bambino.
- La valutazione dovrebbe essere interdisciplinare, condotta da professionisti formati in pediatria e con un centro di attenzione centrato sulla famiglia.
- Gli strumenti di valutazione del dolore sono unidimensionali e svolgono solo un piccolo ruolo nella valutazione multidimensionale delle CPC.
- Nessuno strumento di valutazione del dolore è aprioristicamente valido in tutte le età ed in tutte le fasi di sviluppo [16].
- Esistono strumenti affidabili e ben validati per tutti i gruppi di bambini, dai bambini prematuri estremi e ai bambini che non sono in grado di comunicare, all'anziano adolescente [16,17].

## Gestione

- Un team interdisciplinare è essenziale per fornire una gestione del dolore personalizzata e olistica per il bambino e la sua famiglia che integri strategie farmacologiche e non farmacologiche.
- Sono disponibili strategie non farmacologiche per gestire il dolore nei neonati [18].

- Una buona comunicazione è essenziale con strategie di gestione chiaramente discusse e ansietà o idee sbagliate affrontate attivamente.
- Le linee guida per la valutazione e la gestione molto applicabili alle CPC esistono per:
  - Dolore acuto e procedurale nei bambini (Australian and New Zealand College of Anesthetists) [17].
  - dolore persistente nei bambini con malattie incluso il cancro (Organizzazione Mondiale della Sanità) [19].
  - Bambini con compromissione significativa del sistema nervoso centrale (American Academy of Pediatrics) [20].
- Qualsiasi terapia iniziata deve essere frequentemente monitorata e modificata, a seconda dei casi, per massimizzare il sollievo dal dolore.
- La gestione del dolore non è sempre semplice e la consulenza specialistica dovrebbe essere richiesta quando gli approcci iniziali e di base non sono efficaci.

## La medicazione

- Le evidenze pubblicate per i farmaci nelle CPC di solito mancano, spesso estrapolate da studi su adulti sani o persone affette da cancro.
- Le estrapolazioni devono essere eseguite con cautela poiché bambini e adulti differiscono per anatomia, fisiologia e, soprattutto, per le loro risposte cognitive al dolore e all'analgesia; queste differenze sono più pronunciate nel periodo neonatale [18,21] e nei bambini con problemi neurologici [20].
- Gli oppioidi sono un pilastro terapeutico nelle CPC, specialmente nei bambini con diagnosi di cancro.
- L'accesso ai farmaci rimane una barriera in tutto il mondo, in particolare l'accesso agli oppioidi [22,23], che ha un impatto negativo sulla gestione del dolore nelle CPC [24].

## Bibliografia

- [1] World Health Assembly, 67. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. WHA67.19, 2014
- [2] Brennan F. Palliative care as an international human right. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(5):494-499
- [3] Connor SR, Downing J, Marston J. Estimating the global need for palliative care for children: A cross-sectional analysis. *J Pain Symptom Manage* 2017 Feb; 53(2):171-177. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.08.020. Epub 2016 Oct 17.
- [4] Fraser LK, Miller MM, Hain R, Norman P, Aldridge J, McKinney PA, Parslow RC. Rising national prevalence of life-limiting conditions in children in England. *Pediatrics* 2012 Apr; 129(4):e923-e929. doi:10.1542/peds.2011-2846. Epub 2011 Nov 29.
- [5] Norman P, Fraser L. Prevalence of life-limiting conditions in children and young people in England: Time trends by area type. *Health Place* 2014; 26:171-179. Doi:10.1016/j.healthplace.2014.01.002.
- [6] Feudtner C, Kang TI, Hexem KR, Friedrichsdorf SJ, Osenga K, Siden H, Frieber SE, Hays RM, Dussel V, Wolfe J. Pediatric palliative care patients: A prospective multicentre cohort study. *Pediatrics* 2011 Jun; 127(6):1-8. doi:10.1542/peds.2010-3225. Epub 2011 May 9.
- [7] Drake R, Frost JJ, Collins JJ. The symptoms of dying children. *J Pain Symptom Manage* 2003 Jul; 26(1):594-603.
- [8] Gaughan DM, Hughes MD, Seage GR, Selwyn PA, Carey VJ, Gortmaker SL, Oleske JM. The prevalence of pain in pediatric human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome as reported by participants in the Pediatric Late Outcomes Study (PACTG 219). *Pediatrics* 2002; 109(6):1144-52
- [9] Goldman A, Hewitt M, Collins GS, Childs M, Hain R, United Kingdom Children's Cancer Study Group/Paediatric Oncology Nurses' Forum Palliative Care Working Group. Symptoms in children/young people with progressive malignant disease: United Kingdom Children's Cancer Study Group/Paediatric Oncology Nurses Forum survey. *Paediatrics* 2006 Jun; 117(6):e1179-86
- [10] Friedrichsdorf SJ, Postier AC, Andrews GS, Hamre KE, Steele R, Siden H. Pain reporting and analgesia management in 270 children with a progressive neurologic, metabolic or chromosomally based condition with impairment of the central nervous system: cross-sectional, baseline results from an observational, longitudinal study. *J Pain Res.* 2017 Jul 31; 10:1841-1852. doi: 10.2147/JPR.S138153. eCollection 2017.
- [11] Steele R, Siden H, Cadell S, Davies B, Andrews G, Feichtinger L, Singh M. Charting the territory: symptoms and functional assessment in children with progressive, non-curable conditions. *Arch Dis Child.* 2014 Aug; 99(8):754-62. doi: 10.1136/archdischild-2013-305246. Epub 2014 May 15.
- [12] Rasmussen LA, Grégoire MC. Challenging neurological symptoms in paediatric palliative care: An approach to symptom evaluation and management in children with neurological impairment. *Paediatr Child Health.* 2015 Apr; 20(3):159-65.
- [13] Hauer J. Feeding Intolerance in Children with Severe Impairment of the Central Nervous System: Treatment and Prevention. *Children (Basel).* 2017 Dec; 5(1). pii: E1. doi:10.3390/children5010001. Available at <https://www.mdpi.com/2227-9067/5/1/1>
- [14] IASP June 2010: Painful HIV-Associated Sensory Neuropathy. Available at [http://s3.amazonaws.com/rdcmiasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU\\_2010\\_June\\_2010-final\\_1390261293852\\_6.pdf](http://s3.amazonaws.com/rdcmiasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU_2010_June_2010-final_1390261293852_6.pdf)
- [15] IASP 2014-2015: Central Neuropathic Pain. Available at <http://s3.amazonaws.com/rdcmiasp/files/production/public/AM/Images/GYAP/Central%20Neuropathic%20Pain%20no%20color.pdf>
- [16] von Baeyer CL, Spagrud LJ. Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain* 2007 Jan; 127(1-2):140-150
- [17] Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2015), Acute Pain Management: Scientific Evidence (4th edition), ANZCA & FPM, Melbourne. Chapter 9: The Paediatric Patient: 409-514. Available at [http://fpm.anzca.edu.au/documents/apmse4\\_2015\\_final](http://fpm.anzca.edu.au/documents/apmse4_2015_final)
- [18] Mangat AK, Oei JL, Chen K, Quah-Smith I, Schmölzer GM. A review of non-pharmacological treatments for pain management in newborn infants. *Children (Basel)* 2018 Sep 20; 5(10). pii: E130. doi:10.3390/children5100130. Available at <https://www.mdpi.com/2227-9067/5/10/130>
- [19] World Health Organization. WHO guidelines on the pharmacological management of persisting pain in children with medical illnesses. Geneva: World Health Organization; 2012. Available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44540/9789241548120\\_Guidelines.pdf;jsessionid=304CE2F60106DEA29FD303747B86F40C?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44540/9789241548120_Guidelines.pdf;jsessionid=304CE2F60106DEA29FD303747B86F40C?sequence=1)
- [20] Hauer J, Houtrow AJ, AAP Section on Hospice and Palliative Medicine, Council on Children with Disabilities. Pain assessment and treatment in children with significant impairment of the central nervous system. *Pediatrics* 2017 June; 139(6). pii: e20171002. doi: 10.1542/peds.2017-1002. Available at <http://pediatrics.aappublications.org/content/139/6/e20171002>
- [21] Hall RW, Anand KJ. Pain management in newborns. *Clin Perinatol.* 2014 Dec; 41(4):895-924. doi:10.1016/j.clp.2014.08.010. Epub 2014 Oct
- [22] Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantés O, Rodriguez NM, Alleyne GAO, Connor SR, Hunter DJ, Lohman D, Radbruch L, Del Rocío Sáenz Madrigal M, Atun R, Foley KM, Frenk J, Jamison DT, Rajagopal MR; Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet* 2018 Apr 7; 391(10128):1391-1454. doi:10.1016/S0140-6736(17)32513-8. Epub 2017 Oct 12
- [23] Downing J, Boucher S, Daniels A, Nkosi B. Paediatric palliative care in resource-poor countries. *Children (Basel)* 2018 Feb 19; 5(2). pii: E27. doi:10.3390/children5020027. Available at <https://www.mdpi.com/2227-9067/5/2/27>
- [24] Namisango E, Allsop MJ, Powell RA, Friedrichsdorf SJ, Luyirika EBK, Kiyange F, et al. Investigation of the practices, legislation, supply chain, and regulation of opioids for clinical pain management in southern Africa: A multi-sectoral, crossnational, mixed methods study. *J Pain Symptom Manage* 2018 Mar; 55(3):851-863. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.11.010. Epub 2017 Nov 16

## Dolore in individui con disabilità intellettiva: problematiche e difficoltà di valutazione

Ruth Defrin, PhD

Department of Physical Therapy  
School of Allied Health Professions  
Tel Aviv Univ/Ramat-Aviv  
Tel Aviv, Israel

Brian E. McGuire, PhD

School of Psychology  
National University of Ireland  
Galway, Ireland

### Definizione e prevalenza della disabilità intellettiva

Questa disabilità è caratterizzata da limitazioni significative sia nel funzionamento intellettuale (ad esempio ragionamento, apprendimento, problem solving) che nel comportamento adattativo in abilità sociali e pratiche quotidiane, e si manifesta generalmente prima dei 18 anni [1]. L'eziologia include, ma non è limitata a: paralisi cerebrale, disturbi dello spettro autistico (ASD), sindrome di Down, sindrome dell'X fragile, sindrome alcolico fetale (FASD), neurofibromatosi e sindrome di Prader-Willi. Il tasso di prevalenza di ID è di circa l'1% e tassi più alti si verificano nei paesi a basso e medio reddito [2].

### Il problema del dolore nell'ID

È riconosciuto nella definizione di dolore IASP che l'incapacità di comunicare verbalmente non nega la possibilità che un individuo stia soffrendo e abbia bisogno di un trattamento adeguato per alleviare il dolore. Tuttavia, poiché il dolore è un'esperienza soggettiva, può essere espresso in modi atipici in coloro con significative difficoltà cognitive e comunicative. In alcune condizioni, come la sindrome di Down, il dolore può effettivamente essere vissuto in modo diverso [3]. Di conseguenza, il dolore potrebbe non essere facilmente rico-

nosciuto e potrebbe non essere curato [4]. Alcuni rapporti suggeriscono che le persone con disabilità intellettiva (ID) ricevono meno prescrizioni di farmaci analgesici rispetto ai loro pari senza disabilità intellettive [5].

È stato anche riportato un maggior tasso di mortalità e non necessario che potrebbe essere evitato se il dolore potesse essere adeguatamente monitorato e trattato in tempo [6].

### Prevalenza del dolore negli individui con ID

Una varietà di fattori aumenta il rischio di dolore acuto e cronico in persone con un ID, incluso un maggiore rischio di lesioni accidentali, un ridotto coinvolgimento nel processo decisionale sulla salute, più comorbidità fisiche (come disturbi muscoloscheletrici in condizioni associate a ID), uso ridotto di servizi per la gestione del dolore e cambiamenti legati all'età associati a una maggiore aspettativa di vita rispetto agli anni precedenti di individui con ID [7]. La prevalenza del dolore cronico in questa popolazione è difficile da stimare perché il metodo usuale di auto-segnalazione potrebbe non essere possibile o affidabile. Secondo i rapporti del caregiver, il dolore si verifica in almeno il 13% delle persone con ID come nella popolazione generale [8].



## Identificazione del dolore negli individui con ID

La valutazione del dolore tra le persone con ID è impegnativa perché la valutazione del dolore si basa principalmente sull'autovalutazione come "gold standard" ed è spesso ottenuta utilizzando scale di valutazione. Tuttavia, le persone con ID possono avere difficoltà nell'esprimere verbalmente il loro dolore quando usano scale di valutazione e nella comprensione delle istruzioni necessarie. Ad esempio, gli adulti con sindrome di Down potrebbero riconoscere le rappresentazioni della sede del dolore e degli effetti del dolore, ma avere difficoltà con le rappresentazioni dell'intensità del dolore e della qualità del dolore [9].

La capacità di comprendere e utilizzare le scale di self-report varia a seconda del tipo di scala e del livello di ID, con scale grafiche (per es., faccine, grafico a piramide) che presentano la massima usabilità [10-12]. L'uso di queste scale ha rivelato che l'indicazione di presenza di dolore nelle persone con ID era aumentata rispetto ai controlli a seguito di eventi nocivi. Le difficoltà nel self-report, specialmente tra individui con ID moderata e grave, richiedono l'uso di metodi surrogati.

Sono stati sviluppati numerosi strumenti di valutazione osservazionale in cui i caregiver osservano e valutano la presenza di indicatori di dolore, come vocalizzazioni, espressioni facciali, espressioni emotive e comportamenti motori. Questi sono stati descritti in numerosi articoli [13,14], con alcune prove a sostegno dell'uso di strumenti come la checklist del

dolore nei bambini non comunicanti [15]. Sulla base di strumenti osservazionali è stato riportato che individui con ID presentavano aumentata presenza di dolore in seguito a eventi nocivi rispetto al basale che era spesso maggiore di quello dei controlli [11,16,17]. Studi basati su test sensoriali quantitativi suggeriscono che la sensibilità al dolore può aumentare tra gli individui con ID, a seconda del preciso metodo QST e dell'eziologia ID [18,19]. Inoltre, le risposte endocrine e i potenziali evocati dal cervello registrati durante eventi nocivi rivelano che gli individui con ID presentano ritardi, ma maggiori risposte, rispetto ai controlli [20,21], corroborando i risultati comportamentali. Pertanto, gli individui con ID sono sensibili al dolore tanto quanto i loro pari senza disabilità intellettive o possono anche essere più sensibili.

## Conclusione

Il dolore si verifica nelle persone con ID con almeno la stessa frequenza della popolazione generale. Identificare e misurare il dolore nelle persone con ID è chiaramente più difficile e può richiedere l'uso di metodi sia diretti che indiretti.

Tuttavia, considerando il rischio di sotto-trattamento del dolore in questa popolazione, di routine le persone con ID dovrebbero essere attentamente monitorate per notare eventuali cambiamenti nel loro comportamento e / o umore che potrebbero indicare la presenza di dolore, per somministrare un trattamento appropriato e prevenire sofferenza inutile.

## Bibliografia

- [1] <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition>. Accessed 31 October, 2018.
- [2] Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil*. 2011 Mar-Apr;32(2):419-36. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.018.
- [3] McGuire BE, Defrin R. Pain perception in people with Down syndrome: A synthesis of clinical and experimental research. *Front Behav Neurosci* 2015; 9:194.
- [4] McGuire BE, Daly P, Smyth F. Chronic pain among people with an intellectual disability: Under-recognised and undertreated? *J Intellect Disabil Res* 2010;54:240-245.

- [5] Boerlage AA, Valkenburg AJ, Scherder EJ, Steenhof G, Effing P, Tibboel D, van Dijk M. Prevalence of pain in institutionalized adults with intellectual disabilities: a cross-sectional approach. *Res Dev Disabil* 2013;34:2399–406.
- [6] Mencap. *Death by indifference*. London: Mencap; 2013.
- [7] McGuire BE, Kennedy S. Pain in people with an intellectual disability. *Curr Opin Psych* 2013;26:270-275.
- [8] Walsh M, Morrison TM, McGuire BE. Chronic pain in adults with an intellectual disability: Prevalence, impact and health service utilization based on caregiver report. *Pain* 2011;152:1951-1957.
- [9] De Knecht NC, Lobbezoo F, Schuengel C, Evenhuis HM, Scherder EJA. Self-Reporting Tool On Pain in People with Intellectual Disabilities (STOP-ID!): A usability study, *Augment Alternat Communic*. 2016;32:1-11.
- [10] Defrin R, Lotan M, Pick CG. The evaluation of acute pain in individuals with cognitive impairment: A differential effect of the level of impairment. *Pain* 2006;124:312–20.
- [11] Benromano T, Pick CG, Merick R, Defrin R. Physiological and behavioral responses to calibrated noxious stimuli among individuals with cerebral palsy and intellectual disability. *Pain Med*. 2017;18:441-453.
- [12] de Knecht NC, Lobbezoo F, Schuengel C, Evenhuis HM, Scherder EJA. Self-reported presence and experience of pain in adults with Down Syndrome. *Pain Med* 2017;18:1247-1263.
- [13] Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain assessment in the patient unable to self-report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Manage Nurs* 2011;12:230-250.
- [14] De Knecht NC, Pieper MJC, Lobbezoo F, Schuengel C, Evenhuis HM, Passchier J, Scherder EJA. Behavioural pain indicators in people with intellectual disabilities: A systematic review. *J. Pain*. 2013;14:885–896.
- [15] Breau LM, McGrath PJ, Camfield C, Rosmus C, Finley GA. Preliminary validation of an observational pain checklist for persons with cognitive impairments and inability to communicate verbally. *Devel Med Child Neurol* 2000;42:609–616.
- [16] Breau LM, Burkitt C. Assessing pain in children with intellectual disabilities. *Pain Res Manag* 2009;14:116-20.
- [17] Shinde SK, Danov S, Chen CC, Clary J, Harper V, Bodfish JW, Symons FJ. Convergent validity evidence for the Pain and Discomfort Scale (Pads) for pain assessment among adults with intellectual disability. *Clin J Pain* 2014;30:536-43.
- [18] Defrin R, Pick CG, Peretz C, Carmeli E. A quantitative somatosensory testing of pain threshold in individuals with mental retardation. *Pain* 2004;108:58–66.
- [19] Valkenburg AJ, Tibboel D, van Dijk M. Pain sensitivity of children with Down syndrome and their siblings: quantitative sensory testing versus parental reports. *Develop Med Child Neurol* 2015;57:1049-55.
- [20] Aguilar Cordero MJ, Mur Villar N, García García I. Evaluation of pain in healthy newborns and in newborns with developmental problems (down syndrome). *Pain Manag Nurs* 2015;16:267-72.
- [21] Benromano T, Pick CG, Granovsky Y, Defrin R. Increased evoked potentials and behavioral indices in response to pain among individuals with intellectual disability. *Pain Med* 2017;18:1715-1730

## Associazione italiana per lo studio del dolore



dal 1976 impegnata nello studio  
e nella cura del dolore

[www.aisd.it](http://www.aisd.it)

## La gestione del dolore nel deterioramento cognitivo non correlato a demenza

**Owen Doody**, PhD, MSc, BSc, RNID  
Department of Nursing and Midwifery  
University of Limerick,  
Limerick, Ireland

**Abraham J. Valkenburg**, MD, PhD  
Department of Anesthesiology  
Erasmus University Medical Center  
Rotterdam, the Netherlands

Gli individui con disabilità intellettiva spesso manifestano il dolore in modi insoliti. Piccoli cambiamenti nel comportamento e nell'aspetto possono essere indicatori di dolore, le espressioni del dolore possono infatti essere variabili e idiosincratice [8]. Le risposte motivazionali-affettive, cognitive-valutative e autonomistiche al dolore possono essere influenzate a seconda della causa della disabilità intellettiva e delle varie aree del cervello coinvolte [4]. Questo crea l'errata concezione che le persone con disabilità intellettiva siano un gruppo omogeneo meno sensibile al dolore e con una soglia più alta di dolore [1].

### Riconoscimento del dolore in persone con problemi cognitivi

Le persone con disabilità intellettiva possono esprimere il dolore in modo diverso, rendendo il suo riconoscimento altamente soggettivo a causa di indicatori non verbali non facilmente riconoscibili, data la sottigliezza o l'individualità dei comportamenti dolorosi. A causa del fatto che il dolore è un fenomeno molto soggettivo, i potenziali indicatori di dolore includono cambiamenti in segni fisici e / o comportamentali e una comprensione

delle abilità dell'individuo [13]. Tuttavia, risposte diverse, a causa di abilità verbali e cognitive diverse, hanno nella pratica limitato l'applicabilità degli strumenti di valutazione del dolore [31]. Pertanto, vi è la necessità di una varietà di metodi e misure del dolore che siano abbinate alla capacità della persona valutata. All'interno di questo processo, la valutazione del dolore e le risposte al dolore dovrebbero essere annotate nella valutazione sanitaria annuale di ogni individuo con disabilità, in modo che possano essere documentate e riviste a beneficio di operatori sanitari che non conoscono la persona [14]. Ciò che deve essere tenuto in considerazione è che il dolore deve essere valutato sulla base di una scala del dolore riconosciuta e appropriata, utilizzando una varietà di modalità, tra cui: auto-valutazione, osservazione comportamentale e misure fisiologiche a seconda dell'individuo e delle sue capacità comunicative. Inoltre, devono essere considerate le reazioni atipiche al dolore, come ridere o emettere gli stessi suoni sia se eccitati, felici o doloranti [22]. Esempi di strumenti di valutazione del dolore disponibili validati per i bambini con disabilità intellettiva includono: la scala di valuta-

zione numerica individuale, relativamente semplice e facile da usare - INRS [27], volto, gambe, attività, pianto, consolabilità - r-FLACC [32] e il Profilo del dolore pediatrico, più complesso - PPP [15].

Per gli adulti con disabilità intellettiva, gli strumenti di valutazione convalidati includono: Checklist del dolore degli adulti non comunicanti - NCAPC [19], Scala del dolore e del disagio (Pain and Discomfort Scale) - PADS [2], Checklist degli indicatori del dolore non verbale - CNPI [7] e Disability Distress Assessment Tool - Dis-Dat [26]. L'affidabilità dell'interoperabilità della maggior parte degli strumenti di valutazione del dolore è adeguata e la validità, stimata correlando i risultati di una nuova scala con quelli di una scala esistente, è sufficiente [15,20,28]. Sebbene esistano numerosi strumenti per la valutazione del dolore, ciò che è essenziale è che la valutazione sia condotta alla luce della capacità di valutare la persona con disabilità intellettiva su tutti gli aspetti dello strumento e che le osservazioni di base siano state registrate. Questo processo coinvolge idealmente l'input di coloro che conoscono l'individuo nella vita quotidiana e quando è nel dolore. Determinare le reazioni individuali / osservazioni fisiche, fisiologiche, comportamentali e atipiche è essenziale, se si vuole riconoscere il dolore e trattarlo [25].

### Gestione del dolore in persone con problemi cognitivi

Per gestire il dolore è necessaria un'efficace valutazione del dolore e una valutazione delle cause di dolore. Dovrebbero essere valutate le condizioni che causano dolore nocicettivo (acuto), ad esempio fratture e problemi dentali [10]. La malattia da reflusso gastroesofageo è una delle principali cause di dolore nella disabilità intellettiva [9] e può essere associata a vomito, polmonite e problemi dentali. Tutto ciò è potenzialmente doloroso [5]. Sono

disponibili strumenti validati per quantificare la frequenza dei sintomi e la gravità del reflusso gastroesofageo [3] e la diagnosi precoce e il trattamento precoce del reflusso gastroesofageo sono fondamentali per prevenire il dolore e altri sintomi. Oltre al dolore nocicettivo, anche il dolore neuropatico deve essere considerato come causa.

Il dolore neuropatico è una descrizione clinica del dolore cronico o ricorrente causato da una lesione del sistema nervoso somatosensoriale. I sintomi possono includere dolore derivante da stimolazione non dolorosa, con dolore descritto come sensazione di bruciore e scossa elettrica. Il dolore neuropatico può anche essere più difficile da trattare e potrebbe rispondere meglio ad altri analgesici come gabapentinoidi e antidepressivi triciclici [11,12]. Alcune persone con disabilità intellettiva mostrano comportamenti autoaggressivi come battere la testa o mordersi come un modo di esprimere dolore. L'incidenza del comportamento autolesionistico nei bambini con autismo può arrivare al 50%, ma solo in una piccola percentuale è stato individuato come causa il dolore nocicettivo [23]. Tuttavia, è stato ipotizzato che il dolore neuropatico sia un fattore scatenante per pratiche autolesionistiche [24,29].

Dopo la valutazione e il riconoscimento del dolore, il passo successivo è la prescrizione di adeguati analgesici con le appropriate istruzioni di dosaggio. Si può applicare la scala di gestione del dolore secondo l'Organizzazione mondiale della sanità [33]. Il dolore è spesso difficile da trattare e spesso richiede una valutazione, revisione e titolazione e / o sperimentazione di farmaci prima che si possa raggiungere un risultato soddisfacente [30]. Due studi retrospettivi [17,18] hanno documentato che i bambini con disabilità intellettiva hanno ricevuto dosi più basse di oppioidi intraoperatori rispetto al gruppo controllo. Malviya et al.



[21] riportano anche che l'89% dei medici tende a sottodosare gli analgesici a bambini con disabilità intellettiva.

L'epilessia è una comorbilità molto comune nella disabilità intellettiva e molte persone con disabilità intellettiva avranno quindi bisogno di un trattamento per tutta la vita con farmaci antiepilettici (cioè fenitoina, fenobarbitale, carbamazepina) che possono causare interazioni farmacologiche, poiché sono potenti induttori di molteplici enzimi riferibili al Citocromo P450. Un regime di gestione del dolore deve essere completo, integrativo e coinvolgere tutte le persone con un ruolo rilevante. Si dovrebbe prestare attenzione agli interventi multimodali, che includono trattamenti farmacologici e non farmacologici. Tali interventi possono includere approcci farmacologici, fisici, sociali, psicologici e spirituali per affrontare la gestione del dolore a livello molecolare, funzionale, comportamentale, cognitivo e affettivo [6]. In tal modo, gli interventi di gestione del dolore varieranno in base all'eziologia del dolore, alle caratteristiche e alle preferenze del paziente e in linea con le linee guida sulle migliori pratiche. Sono essenziali un approccio strutturato che includa una valutazione efficace del dolore, l'identificazione della causa e il tipo di dolore e una documentazione accurata.

Data la complessità del dolore nella popola-

zione con disabilità intellettiva, un'efficace gestione del dolore richiede un approccio multidimensionale e una continua rivalutazione per assicurare un focus sugli indicatori della qualità della vita e non solo sulla riduzione del dolore. Inoltre, nella valutazione, nella gestione e nella valutazione dovrebbero essere inclusi la famiglia / i caregiver e la persona con disabilità intellettiva [6]. È necessario prendere in considerazione la mancanza di istruzione e conoscenza della disabilità intellettiva, che sono considerati ostacoli primari alla gestione efficace del dolore.

### Punti chiave

- 1) La gestione del dolore nelle persone con disabilità intellettiva comporta molte considerazioni per le difficoltà di valutazione del dolore, l'alta incidenza di comorbidità e l'uso della co-medicazione.
- 2) Un'adeguata valutazione del dolore è la pietra angolare della gestione del dolore, e il dolore nelle persone con disabilità intellettive beneficia dell'uso di strumenti di valutazione del dolore convalidati e appropriati al livello di abilità dell'individuo.
- 3) I prescrittori devono essere consapevoli delle potenziali alterazioni della farmacocinetica e della farmacodinamica degli analgesici nelle persone con disabilità intellettiva, come le interazioni con farmaci antiepilettici.

### Bibliografia

- [1] Beacroft M. and Dodd K. (2010) I feel pain - audit of communication skills and understanding of pain and health needs with people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*. 39: 139–147.
- [2] Bodfish J., Harper V., Deacon J. and Symonds F. (2001) Identifying and measuring pain in persons with developmental disabilities: A manual for the Pain and Discomfort Scale (PADS). Available from Western Carolina Center Research Reports, 300 Enola Rd. Morganton NC 28655.
- [3] Deal L., Gold B.D., Gremse D.A., Winter H.S., Peters S.B., Fraga P.D., Mack M.E., Gaylord S.M., Tolia V. and Fitzgerald J.F. (2005) Age-specific questionnaires distinguish GERD symptom frequency and severity in infants and young children: development and initial validation. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 41(2):178–185.
- [4] De Knecht N. and Scherder E. (2011) Pain in adults with intellectual disabilities. *Pain*. 152(5):971–4.

- [5] De Veer A.J., Bos J.T., Niezen-de Boer R.C., Bohmer C.J. and Francke A.L. (2008) Symptoms of gastroesophageal reflux disease in severely mentally retarded people: a systematic review. *BMC Gastroenterol.* 8:23.
- [6] Doody O. and Bailey M.E. (2017) Interventions in pain management for persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, <https://doi.org/10.1177/1744629517708679>
- [7] Feldt K S. (2000) The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing.* 1(1): 13-21.
- [8] Findlay L., Williams A.C.D.C., Baum S. and Scior K. (2015) Caregiver experiences of supporting adults with intellectual disabilities in pain. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability* 28: 111–120.
- [9] Gossler A., Schalamon J., Huber-Zeyringer A. and Hollwarth M.E. (2007) Gastroesophageal reflux and behavior in neurologically impaired children. *Journal of Pediatric Surgery.* 42(9):1486–1490.
- [10] Hauer J. and Houtrow A.J. (2017) Pain assessment and treatment in children with significant impairment of the Central Nervous System. *Pediatrics.* 139(6): e20171002.
- [11] Hauer J.M. and Solodiuk J.C. (2015) Gabapentin for management of recurrent pain in 22 nonverbal children with severe neurological impairment: a retrospective analysis. *Journal of Palliative Medicine.* 18(5): 453-456.
- [12] Hauer J.M., Wical B.S. and Charnas L. (2007) Gabapentin successfully manages chronic unexplained irritability in children with severe neurologic impairment. *Pediatrics*, 119(2): e519-e522.
- [13] Herr K., Coyne P.J., McCaffery M., Manworren R. and Merkel S. (2011) Pain assessment in the patient unable to self-report, position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing* 12: 230–250.
- [14] Hoghton M., Martin G. and Chauhan U. (2012) Annual health checks for people with intellectual disabilities. *British Medical Journal.* 345, e7589.
- [15] Hunt A., Goldman A., Seers K., Crichton N., Mastroyannopoulou K., Moffat V., Oulton
- [16] K. and Brady M. (2004) Clinical validation of the paediatric pain profile. *Developmental Medicine and Child Neurology.* 46(1):9-18.
- [17] Koh J.L., Fanurik D., Harrison R.D., Schmitz M.L. and Norvell D. (2004) Analgesia following surgery in children with and without cognitive impairment. *Pain* 111: 239–244.
- [18] Long L.S., Ved S. and Koh J.L. (2009) Intraoperative opioid dosing in children with and without cerebral palsy. *Paediatric Anaesthesia.* 19: 513–20.
- [19] Lotan M., Ljunggren A.E., Johnsen T.B., Defrin R., Pick C.G. and Strand L.I. (2009) A modified version of the NonCommunicating Children Pain Checklist-Revised (NCCPC-R), adapted to adults with intellectual and developmental disabilities. Sensitivity to pain and internal consistency. *Journal of Pain.* 10(4): 398-407.
- [20] Malviya S., Voepel-Lewis T., Burke C., Merkel S. and Tait A.R. (2006) The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Paediatric Anaesthesia.* 16(3):258-65.
- [21] Malviya S., Voepel-Lewis T., Merkel S. and Tait A. (2005) Difficult pain assessment and lack of clinician knowledge are ongoing barriers to effective pain management in children with cognitive impairment. *Acute Pain.* 1(7):27–32.
- [22] Masterson M. (2011) Understanding pain in patients with intellectual disabilities. *American Nurse Today.* 6: 1–6.
- [23] Minshawi N.F., Hurwitz S., Morriss D. and McDougle C.J. (2015) Multidisciplinary assessment and treatment of selfinjurious behavior in autism spectrum disorder and intellectual disability: integration of psychological and biological theory and approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 45(6):1541–68.
- [24] Peebles K.A. and Price T.J. (2012) Self-injurious behaviour in intellectual disability syndromes: evidence for aberrant pain signalling as a contributing factor. *Journal of Intellectual Disability Research.* 56(5): 441-452.
- [25] Rattaz C., Dubois A., Michelon C., Viellard M., Poinso F. and Baghdadli A. (2013) How do children with autism spectrum disorders express pain? A comparison with developmentally delayed and typically developing children. *Pain.* 154, 2007–2013.
- [26] Regnard, C., Reynolds, J., Watson, B., Matthews, D., Gibson, L., & Clarke, C. (2007). Understanding distress in people with severe communication difficulties, Developing and assessing the disability distress assessment tool (DisDAT). *Journal of Intellectual Disability Research.* 51(4): 277-292.
- [27] Solodiuk J. and Curley M.A.Q. (2003) Evidence based practice, Pain assessment in nonverbal children with severe cognitive impairments - The Individualized Numeric Rating Scale (INRS). *Journal of Pediatric Nursing.* 18(4), 295-299.
- [28] Solodiuk J.C., Scott-Sutherland J., Meyers M., Myette B., Shusterman C., Karian V.E., Harris S.K. and Curley M.A. (2010) Validation of the Individualized Numeric Rating Scale (INRS): a pain assessment tool for nonverbal children with intellectual disability. *Pain.* 150(2):231-6.
- [29] Symons F.J. (2011) Self-injurious behavior in neurodevelopmental disorders: relevance of nociceptive and immune mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2011; 35(5):1266-1274.
- [30] Taverner T. (2014) Neuropathic pain: an overview. *British Journal of Neuroscience Nursing.* 10: 116–123.
- [31] Temple B., Dube´ C., McMillan D., Secco L., Kepron E., Dittberner K., Ediger J. and Vipond G. (2012) Pain in people with developmental disabilities: a scoping review. *Journal of Developmental Disabilities* 18: 73–86.
- [32] Voepel-Lewis T., Malviya S. and Tait A.R. (2005) Validity of parent ratings as proxy measures of pain in children with cognitive impairment. *Pain Management Nursing.* 6(4): 168–174.
- [33] World Health Organization (1996) *Treatment of Cancer Pain.* Geneva: World Health Organization.

## Valutazione del dolore cronico conseguente a tortura

**Amanda C de C Williams**, PhD CPsychol  
Associate Professor in Clinical Health Psychology  
Research Department of Clinical, Educational & Health  
Psychology  
University College London  
London, United Kingdom

**Aida S Alayarian**, PhD, CPsychol, FUKCP  
Refugee Therapy Centre,  
London United Kingdom  
Representing the IRCT [www.irct.org](http://www.irct.org)

Il dolore cronico, incluso il dolore neuropatico, ha un'alta prevalenza tra gli individui sopravvissuti alla tortura con un basso tasso di risoluzione spontanea [9]. La prevalenza è difficile da stabilire, ma le stime si aggirano intorno all'80% [6,9]. Dal momento che il dolore può esistere senza patologia tissutale o risultati da indagini diagnostiche, è necessaria un'approfondita conoscenza dell'algologia per un'adeguata valutazione, con particolare attenzione a quanto segue:

■ La tortura può comportare l'interruzione / aberrazione / alterazione del sistema nervoso, immunitario ed endocrino, i quali possono influenzare la fisiologia del dolore e l'esperienza soggettiva [2,6,8].

■ La sensibilizzazione centrale induce ipersensibilità al dolore e ad altri sintomi somatici. La modulazione decrescente del dolore modula l'urgenza del segnale dolore secondo le variabili situazionali, in particolare di fronte a minaccia. La tortura spesso induce un senso di minaccia di lunga durata (stress post-traumatico) che facilita la segnalazione del dolore e diminuisce l'inibizione del dolore [2,5]. Il dolore non dovrebbe quindi essere interpretato come un sintomo non specifico dello stress o considerato "psicosomati-

co", ma esaminato completamente come un problema a sé stante. Le sequele fisiche e psicologiche peggiorano a vicenda.

■ Non c'è quasi nessuna ricerca sulle lesioni causate da tortura fisica, né sugli effetti aggiunti dalla detenzione in condizioni di scarsa igiene; privazione di cibo, acqua e sonno; temperature estreme; e paura forte e prolungata [3].

■ La valutazione, tenendo conto dei punti precedenti, può richiedere un'interpretazione, faccia a faccia o per telefono: deve sempre essere offerta. È importante chiedere della tortura o della violenza; la maggior parte non viene precisata nelle consultazioni mediche [4]. È anche importante costruire un rapporto, considerando quanto difficile possa essere per i sopravvissuti alla tortura impostare un rapporto di fiducia. Il contenuto della valutazione dovrebbe includere:

– Domande dettagliate sulla tortura e altri maltrattamenti vissuti, spiegando perché questo è necessario per capire meglio il dolore. Tuttavia, al paziente non dovrebbe essere richiesto di ripetere queste informazioni a ciascun nuovo membro del team sanitario, che dovrebbe invece condividere le informazioni.

■ È necessaria una valutazione approfondi-



ta del dolore, con esame del sistema muscolo-scheletrico e valutazione neurologica per sintomi e segni negativi e positivi. Questo dovrebbe essere accompagnato dalla spiegazione di quali informazioni si stanno cercando, dal feedback dei risultati e dalla spiegazione del dolore cronico.

■ La consapevolezza del dolore che è specifico per la parte(i)del corpo e i metodi di tortura, come dolore al piede dopo falaka (colpire le piante dei piedi [7]), dolore alla spalla dopo sospensione dalle braccia, o dolore ai genitali dopo tortura sessuale, può essere generalizzato come dolore muscoloscheletrico diffuso. Mal di testa e mal di schiena sono comuni [6].

■ La valutazione fisica può dover essere distribuita in più incontri, o anche differita, se l'esame fisico, il tatto o l'essere parzialmente o totalmente svestiti è troppo stressante e negativo. È importante chiedere se il paziente è disposto a sottoporsi a ciascuna fase dell'esame.

■ Al paziente dovrebbe essere chiesto direttamente il parere su quali sono le sue convinzioni su cosa non va e quali sono le idee emerse dalle spiegazioni del team sanitario. Molti pazienti possono non avere familiarità con un modello multidimensionale di dolore, quindi le informazioni devono essere condivise in modo che le domande sugli aspetti psicologici e sociali del dolore abbiano senso.

■ Al paziente dovrebbero anche essere poste domande sulle condizioni attuali e su eventuali rischi per la salute: se in alloggio inadeguato o senzatetto, sonno interrotto, dieta povera / denaro insufficiente per procurarsi il cibo, senso di isolamento, stato civile o situazione

di immigrazione incerti e su qualsiasi altro problema.

■ Molte scale di valutazione standard non sono disponibili nelle lingue necessarie, ma il dolore può essere valutato con semplici scale del dolore, o indicatori di qualità della vita; il disagio è più difficile da valutare e potrebbe richiedere un'esperienza clinica extra.

■ Ci sono parecchie considerazioni aggiuntive per la valutazione nei bambini: il dolore è uno degli effetti più comuni della tortura vissuta dai bambini. Il mancato riconoscimento e trattamento del dolore di un bambino è comune, ma può avere sequele fisiche e psicologiche nella vita adulta e ridurre l'efficacia del trattamento.

■ Si sa poco sulla prevalenza e il tipo di dolore nei bambini che hanno subito direttamente torture o torture testimoniate da persone a loro vicine (genitori, fratelli, amici, altri membri della famiglia e della comunità).

■ La valutazione del dolore è essenziale per il corretto trattamento del dolore, ma può essere complessa e difficile.

Dovrebbero essere utilizzati strumenti di valutazione standard per il dolore dei bambini (per ulteriori informazioni, consultare la scheda informativa sulla valutazione del dolore nei bambini). L'acquisizione e l'esame della storia clinica possono indicare se l'esperienza del dolore è associata alla tortura o ad altri fattori [1]. Né i marker fisiologici (frequenza cardiaca, pressione arteriosa) né il comportamento possono essere usati come sostituti del resoconto del bambino sulla sua esperienza di dolore, sebbene possano contribuire alla valutazione del dolore.

## Bibliografia

- [1] Alayarian A. Handbook of working with children, trauma, and resilience: an intercultural psychoanalytic view. London, United Kingdom: Karnac Books, 2015. E-book <https://www.karnacbooks.com/author.asp?AID=128>
- [2] Amris K, Williams A. Chronic pain in survivors of torture. Pain: Clin Updates 2007;XV(7):1-4.
- [3] Burnett A, Peel M. The health of survivors of torture and organised violence. Brit Med J 2001;322:606-9. <http://www.bmj.com/content/322/7286/606>



- [4] Crosby SS, Norredam M, Paasche-Orlow M-K, Piwowarczyk L, Heeren T, Grodin MA. Prevalence of torture survivors among foreign-born patients presenting to an urban ambulatory care practice. *J Gen Intern Med* 2006;21:768–84. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00488.x
- [5] Jensen MP, Turk DC. Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why it matters to ALL psychologists. *Amer Psychol* 2014;69(2):105–18. DOI: 10.1037/a0035641
- [6] Olsen D, Montgomery E, Bojholm S, Foldspang S. Prevalent musculoskeletal pain as a correlate of previous exposure to torture. *Scand J Public Health* 2006;34:496–503. DOI: 10.1080/14034940600554677
- [7] Prip K, Persson AL, Sjolund BH. Sensory functions in the foot soles in victims of generalized torture, in victims also beaten under the feet (falanga) and in healthy controls – a blinded study using Quantitative Sensory Testing. *BMC Internat Health Human Rights* 2012;12:179. doi:10.1186/1472-698X-12-39.
- [8] Rasmussen OV. Medical aspects of torture.” *Danish Med Bull* 1990;37:1–88.
- [9] Williams ACdeC, Peña CR, Rice ASC. Persistent pain in survivors of torture: a cohort study. *J Pain Symptom Manage* 2010;40:715-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20678891>

AISD Associazione Italiana per lo Studio del Dolore  
Fondazione Paolo Procacci

## Codice Etico della Medicina del Dolore



Il Codice Etico della Medicina del Dolore è stato scritto, approvato e firmato nel maggio 2011 dal Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore e della Fondazione Paolo Procacci.

È stato pubblicato dall'European Journal of Pain nel 2012.  
(*Eur J Pain*. 2012 Sep;16(8):1081-3.  
doi:10.1016/j.ejpain.2012.07.002/j.15322149.2012.00164.x)

### Codice Etico della Medicina del Dolore

Comitato presentatore

- Stefano Coaccioli - Coordinatore
- Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
- Il Consiglio Direttivo della Fondazione Paolo Procacci

Il testo è disponibile online nei siti  
[www.aisd.it](http://www.aisd.it) - [www.fondazioneprocacci.org](http://www.fondazioneprocacci.org)



## Trattamento del dolore cronico conseguente a pratiche di tortura

**Kirstine Amris, MD**

The Parker Institute Frederiksberg  
Hospita Copenhagen, Denmark

**Gunilla Brodda Jansen, MD**

Department of Clinical Sciences  
Karolinska Institutet Stockholm, Sweden

La tortura genera molteplici danni sulla salute, il dolore persistente e la disabilità correlata al dolore ne sono elementi caratterizzanti [4,8,11]. Quando si curano sopravvissuti alla tortura, è quindi necessario affrontare il dolore e le sue conseguenze.

È fondamentale una padronanza conoscitiva della fisiologia del dolore, inclusi i modelli bio/psicosociali di dolore e l'adozione della migliore pratica basata sull'evidenza per la gestione del dolore, sia acuto che persistente.

Il dolore persistente non solo causa disabilità e limita la funzionalità, ma produce anche disabilità psicologiche, aggravandone l'impatto sulla funzionalità personale e sociale nel suo complesso. Tuttavia, la letteratura scientifica sulla riabilitazione dei sopravvissuti alla tortura tratta prevalentemente problemi di salute mentale senza riferimento al dolore di per sé, o come causa significativa di disagio e disabilità [9,15].

Trattare i sopravvissuti alla tortura richiede gli stessi metodi di intervento applicati in altri stati dolorosi. È molto importante che gli operatori sanitari siano a conoscenza dei diversi metodi di tortura e delle loro conseguenze fisiche. Revisioni della letteratura in ambito

riabilitativo rilevano una mancanza di studi scientificamente rigorosi sugli interventi a più componenti per i sopravvissuti alla tortura [6,10]. Pochi studi valutano i risultati della gestione del dolore e la qualità dell'evidenza è bassa [2,5], quindi forniscono scarse indicazioni. Le raccomandazioni terapeutiche suggeriscono che la buona pratica clinica sia applicata con delicatezza sui pazienti che possono essere seriamente traumatizzati [1,2].

Desto maggiore preoccupazione il timore che il dolore non sia riconosciuto, valutato e gestito come un problema a sé stante. Il dolore persistente trascurato può minare i tentativi di trattare altri problemi, come l'angoscia e i disturbi del sonno, e ostacolare l'acquisizione di abilità essenziali di autogestione. È importante che le migliori pratiche dalla gestione del dolore in generale siano estese ai sopravvissuti alla tortura e che il dolore non sia considerato erroneamente un sintomo di stress post-traumatico, trascurandone il trattamento [1]. Ad esempio, è della massima importanza che il dolore neuropatico, che può verificarsi dopo la sospensione delle braccia o dopo la falaka (colpi sulle piante dei piedi), sia adeguatamente valutato e trattato clinicamente.

La riabilitazione dal dolore in un modello

biopsicosociale si occupa della limitata funzionalità e disabilità associata al dolore e della complessa interazione con fattori personali e ambientali, fattori che possono influenzare l'esperienza e la risposta al dolore [14].

Dovrebbe essere compreso il fatto che i sopravvissuti alla tortura possono avere notevoli problemi psicologici e sociali oltre al dolore e altri problemi di salute, complicandone quindi manifestazione, valutazione e trattamento: incertezza sullo stato civile; instabilità abitativa; isolamento dalla famiglia, dagli amici, dalla propria cultura; mezzi di supporto e accesso al lavoro [3,13].

Come raccomandato per il dolore cronico in generale, è ottimale un approccio multimodale interdisciplinare nella gestione del dolore nei sopravvissuti alla tortura, con un focus sugli obiettivi concordati di miglioramento della comprensione, della funzionalità e della partecipazione. La riabilitazione può avvenire con una combinazione di sedute individuali e di educazione psicologica in gruppo, con o senza un interprete.

Per promuovere l'autogestione e il ritorno alle attività e allo stile di vita desiderati, la gestione del dolore per i sopravvissuti alla tortura dovrebbe integrare l'educazione sulla natura del dolore persistente, interventi psicologici mirati agli aspetti cognitivi e comportamentali dell'adattamento al dolore, terapia fisica per migliorare il funzionamento fisico generale, riduzione del danno muscolo-scheletrico causato dalla tortura e trattamento farmacologico.

Può essere difficile per i sopravvissuti alla tortura accettare la persistenza del dolore dopo la tortura, abbandonare le speranze di un completo sollievo e accettare che la riduzione del dolore e il miglioramento dell'attività e della funzionalità a livello sociale siano obietti-

vi più realistici, implicando tutto ciò uno sviluppo di abilità fisiche, pratiche e psicologiche. Le aspettative dei sopravvissuti alla tortura devono quindi essere affrontate fin dall'inizio della riabilitazione. La spiegazione dei meccanismi del dolore persistente senza evidenza di alterazioni strumentali/laboratoristiche e di diagnostica per immagini è importante e consente di riformulare le convinzioni pessimistiche sulla possibilità di una migliore funzionalità e di discutere i cambiamenti nel comportamento per promuovere la riabilitazione. È molto importante che includano l'interazione tra dolore e problemi psicologici [7].

Non esistono studi sistematici sul trattamento farmacologico per il dolore cronico post tortura tali da suggerire variazioni rispetto alle migliori pratiche. Come in altre condizioni di dolore cronico, il trattamento farmacologico del dolore deve essere basato su un'accurata valutazione del dolore e sull'identificazione dei meccanismi di base del dolore. L'aderenza al trattamento medico è spesso scarsa e un'informazione accurata, in particolare sugli effetti collaterali, è quindi essenziale. Il dolore neuropatico dovrebbe essere trattato, come menzionato prima.

Il vantaggio della gestione interdisciplinare del dolore dovrebbe essere preso in considerazione, non solo per alleviare il dolore, ma dovrebbe mirare a migliorare la qualità della vita, sia correlata allo stato di salute che a livello sociale [12]. Questi dovrebbero essere i risultati identificati dagli stessi sopravvissuti alla tortura, in aggiunta a, non al posto di.



## Bibliografia

- [1] Amris K, Williams A. Pain Clinical Update: Chronic pain in survivors of torture. IASP Press, 2007.
- [2] Baird E, Williams ACC, Hearn L, Amris K. Interventions for treating persistent pain in survivors of torture. Cochrane Database Syst Rev 2017;8:CD012051.
- [3] Berliner P, Mikkelsen E, Bovbjerg A, Wiking M. Psychotherapy treatment of torture survivors. Journal of Psychosocial Rehabilitation 2004;8:85-96.
- [4] Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain. The health of survivors of torture and organised violence. BMJ 2001;322:606-609.
- [5] Jansen G, Nordemar R, Larsson L, Blyhammar C. Pain rehabilitation for torture survivors. European Journal of Pain Supplements 2011;5:284.
- [6] Jaranson J, Quiroga J. Evaluating the series of torture rehabilitation programmes: history and recommendations. Torture 2011;21:98-140.
- [7] Morasco BJ, Lovejoy TI, Lu M, Turk DC, Lewis L, Dobscha SK. The relationship between PTSD and chronic pain: mediating role of coping strategies and depression. Pain 2013;154:609-616.
- [8] Olsen D, Montgomery E, Carlsson J, Foldspang S. Prevalent pain and pain level among torture survivors. Dan Med Bull 2006;53:210-214.
- [9] Patel N, Kellezi B, Williams AC. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. Cochrane Database Syst Rev 2014;CD009317.
- [10] Quiroga J, Jarason J. Politically-motivated torture and its survivors: a desk study of the literature. Torture 2005;16.
- [11] Rasmussen O. Medical aspects of torture. Dan Med Bull 1990;37:1-88.
- [12] Taylor AM, Phillips K, Patel KV, Turk DC, Dworkin RH, Beaton D, Clauw DJ, Gignac MA, Markman JD, Williams DA, Bujanover S, Burke LB, Carr DB, Choy EH, Conaghan PG, Cowan P, Farrar JT, Freeman R, Gewandter J, Gilron I, Goli V, Gover TD, Haddox JD, Kerns RD, Kopecky EA, Lee DA, Malamut R, Mease P, Rappaport BA, Simon LS, Singh JA, Smith SM, Strand V, Tugwell P, Vanhove GF, Veasley C, Walco GA, Wasan AD, Witter J. Assessment of physical function and participation in chronic pain clinical trials: IMMPACT/OMERACT recommendations. Pain 2016;157:1836-1850.
- [13] Teodorescu DS, Heir T, Siqveland J, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. BMC Psychol 2015;3:7.
- [14] Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. J Consult Clin Psychol 2002;70:678-690.
- [15] Williams ACC, Amris K. Treatment of persistent pain from torture: review and commentary. Med Confl Surviv 2017;33:6081.



## Ci sono almeno 6 buoni motivi per diventare socio **AISD** Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

- Essere sempre informati sulle ultime ricerche nel campo della terapia del dolore
- Essere sempre informati su tutte le iniziative riguardanti la terapia del dolore, a livello nazionale ed internazionale
- Partecipare attivamente alle attività dell'associazione per il progresso della terapia del dolore
- Avere un sito di riferimento dove poter scambiare liberamente informazioni con altri soci
- Avere l'iscrizione al Congresso con quota agevolata
- Consultare gratuitamente online "l'European Journal of Pain"

### Accedi alla modalità di iscrizione in 4 mosse

1. Collegati al sito [www.aisd.it/associarsi.php](http://www.aisd.it/associarsi.php)
2. Riempi il modulo di iscrizione online
3. La quota annuale di (50,00 euro per i medici e 25,00 euro per gli infermieri) può essere versata sul seguente conto bancario:  
Banca di Credito Cooperativo di Roma  
IBAN: IT 44 J 08327 03239 0000 0000 2154  
Intestato a: Associazione Italiana per lo studio del dolore (AISD)  
indicando nella causale: quota iscrizione anno...  
oppure puoi pagare con carta di credito tramite Paypal, con accesso dal sito [www.aisd.it](http://www.aisd.it)
4. Spedisci la ricevuta di pagamento tramite e-mail a: [segreteria@aisd.it](mailto:segreteria@aisd.it)



**AISD Associazione Italiana per lo Studio del Dolore**

Per ulteriori informazioni scrivere a: [segreteria@aisd.it](mailto:segreteria@aisd.it)

[www.aisd.it](http://www.aisd.it)



## La formazione in terapia del dolore e cure palliative

La Conferenza Nazionale Permanente dei Direttori dei Master in Cure Palliative e in Terapia del Dolore ha organizzato a Napoli dal 2 al 3 aprile 2019 un incontro nazionale, in collaborazione con la Conferenza Nazionale Permanente dei Presidenti di corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, con la Conferenza Nazionale Permanente delle Professioni Sanitarie, la Conferenza Nazionale Permanente Psicologia Accademica, la Conferenza CLASS, la SICP, Società Italiana Cure Palliative, e con il patrocinio AISD.

**Caterina Aurilio**

Università "Luigi Vanvitelli", Napoli





L'incontro è stato strutturato in tre seminari più una riunione tecnica preliminare della Conferenza Permanente dei Direttori dei Master. I seminari si sono occupati, di Formazione universitaria, aggiornamento delle aree formative, focus su temi specifici (crediti ECM, Medici di Medicina Generale, Offerta nazionale di servizi di CP e di TD, Tutor e docenti). Sono intervenuti, nel corso dei lavori delle due giornate, i proff. Caterina Aurilio, Stefania Basili, Tiziana Bellini, Augusto Caraceni, Fabrizio Consorti, Maria Grazia De Marinis, Antonella Paladini, Flavia Petrini, Luisa Saiani, Gianlorenzo Scaccabarozzi, Ines Testoni, Mara Tognetti, Giuseppe Tonini, Giustino Varrassi, Furio Zucco.

Durante la riunione tecnica, presieduta dal Professor Guido Biasco, sono state analizzate criticità e potenzialità dei master di I e II livello. Rispetto alla ricognizione del 2016 che censiva 42 master e di quella del 2018 che ne censiva 33, oggi i master attivi sono 18. In realtà questi numeri devono considerare i master che hanno concluso i corsi e quelli che devono essere riattivati. In questo modo ai 18 master attivi devono essere aggiunti 3 master di probabile attivazione e 10 master che diverse sedi hanno intenzione di attivare o ri-attivare. Questi numeri portano il numero totale a 31 master previsti entro la fine del corrente anno. I problemi generali di struttura e di sopravvivenza riguardano i master in Cure Palliative Pediatriche e i master di Cure Palliative per Psicologi. Per la pediatria, oltre al Master di Alta Formazione che è in chiusura a Firenze e che non verrà rinnovato, è stato attivato un master di II livello a Padova. A Bologna è in corso la richiesta di un Master di II livello e di un master di I livello in Cure Palliative pediatriche, fuori decreto. Sia per i master pediatriche che per quelli per Psicologi viene proposta la realizzazione di workshop dedicati anche alla

luce del riconoscimento delle specializzazioni nelle professioni sanitarie che non prevedono master di I livello specifici per le Cure Palliative Pediatriche.

#### *I punti essenziali discussi*

La posizione dei Master nell'ambito della certificazione di idoneità al ruolo, che sembra resa equivalente alla formazione derivante da Corsi extrauniversitari o a Corsi ECM, che prevedono un impegno inferiore in termini di durata e di piani didattici, creando una sorta di competizione con i Master, che però dalla loro hanno un alto profilo formativo e un ordinamento a garanzia di qualità e di omogeneità sul territorio nazionale.

Il Presidente ha sottolineato l'opportunità di riprendere l'iter per la richiesta di una certificazione professionalizzante per i Master. Il problema tecnico è forse quello dei costi di un Master che, se professionalizzante, non dovrebbe essere a mercato ma dovrebbe essere sostenuto dal pubblico con una griglia d'ingresso basata su un'analisi programmatica che tenga conto anche degli accessi dalle Scuole di Specializzazione.

Sulle Scuole di Specializzazione mediche si è aperto un dibattito perché alle Scuole, per i Medici, può essere demandata in via definitiva la formazione in Cure Palliative e in Terapia del Dolore. È in corso un programma di inserimento di tali insegnamenti, già approvato dall'Osservatorio delle Scuole di Specializzazione in Medicina e avviato all'iter di modifica della legge 402. Sono incluse le nove Scuole equipollenti alla Disciplina Cure Palliative del SSN (Oncologia Medica, Radioterapia, Pediatria, Anestesia e Rianimazione, Malattie Infettive, Neurologia, Ematologia, Geriatria, Medicina Interna). In tale panorama i Master per Medici potrebbero essere destinati a un ruolo di sub-specialità per affinare le competenze acquisite nelle Scuole di Specializzazione.

## Il Codice 96

Il Codice 96 è il nuovo codice di disciplina per la Terapia del Dolore per quanto riguarda la rilevazione dei dati delle prestazioni sanitarie (decreto del Ministero della Salute del 28 novembre 2018) che comporta l'obbligo delle Aziende sanitarie e ospedaliere di censire nel SIS le unità di degenza ospedaliera dedicate a questa disciplina e i relativi posti letto e l'annotazione nelle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) dei ricoveri effettuati nelle unità operative dedicate.

Come ha commentato il prof. Coaccioli in un articolo apparso su Panorama Sanità maggio 2019, il decreto di modifica della tabella che identifica le specialità cliniche e le discipline ospedaliere, con l'inserimento della nuova disciplina di Terapia del dolore è un'iniziativa importante per la disciplina, leggendo infatti il Rapporto del Ministero della Salute al Parlamento "(...) siamo rimasti un po' perplessi nel leggere le parole introduttive della parte del Rapporto dedicata alla terapia del dolore (pagina 46): Al momento attuale, è assai difficile fornire evidenze in merito all'effettiva attuazione della legge n. 38/2010 in materia di terapia del dolore. I flussi informativi attualmente in uso, infatti, non consentono di selezionare ed estrarre l'attività specificamente finalizzata al controllo del dolore in ambito ospedaliero o ambulatoriale. (...) Ad oggi, l'unica informazione significativa sulla terapia del dolore attiene al consumo territoriale di farmaci oppioidi, registrato tramite il flusso ex art. 50 d.l. 30/09/2003 n. 269 convertito con modificazioni nella legge 24.11.2003 n. 326 e tramite il flusso della distribuzione diretta e per conto di cui al d.m. 31/07/2007 e successive modifiche. Che la sola informazione significativa si riferisca al consumo territoriale di farmaci oppioidi, non, per esempio, all'effettiva appropriatezza prescrittiva, all'impiego di tecniche invasive, alle varie sfaccettature del mondo del dolore cronico (dolore neuropatico, dolore cronico osteoarticolare degenerativo, autoimmune e infiammatorio, low back pain, cefalee, fibromialgia ecc.), è un ulteriore indizio delle difficoltà che incontra la cultura della terapia del dolore in generale. (...).

*Un laboratorio permanente multidisciplinare con obiettivo il riconoscimento specialistico professionalizzante*

È stato rilevato come i master possano essere considerati un laboratorio permanente che ha consentito l'apertura di un dialogo tra diverse professionalità coinvolte nel mondo delle Cure Palliative e in quello della Terapia del Dolore. I Master sono al momento l'unica porta di accesso delle Cure Palliative nel mondo universitario. Il ruolo ed il futuro dei Master va comunque visto separatamente

per i Master di Alta Formazione o di II livello e per il Master di I livello. È infatti in atto una rivisitazione da parte del MIUR su tutti i Master di I livello per le Professioni Sanitarie. Il Ministero ha riconosciuto tre tipologie di master: Trasversali, Interdisciplinari, Specialistici. Ognuna delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie consentirà l'accesso a uno o più di tali Master che daranno un diploma di Specializzazione. Uno di questi è il Master di Cure Palliative e in Terapia del Dolore di I livello, già in corso dal 2012, che

è interdisciplinare, può essere seguito da quattro categorie professionali (Infermieri, Infermieri Pediatrici, Fisioterapisti, Terapisti Occupazionali), e ha già ordinamenti ratificati da un Decreto Legge.

Il riconoscimento del MIUR è di fatto un riconoscimento di specializzazioni nelle Professioni Sanitarie, che vengono identificate e inserite in programmi formativi come i master. I prossimi passaggi sono l'approvazione di quanto identificato dal MIUR alla Conferenza Stato-Regioni, poi il riconoscimento specialistico professionalizzante.

#### *Rapporti con il MIUR*

È stato più volte rilevato che ci sono altre criticità più strutturali che richiedono una modifica che deve essere approvata dai Ministeri competenti (criteri di accesso, strutture formative delle sedi, SSD dei direttori, componente della quota di didattica professionalizzante, denominazione dei master e altro). La fase è ancora opportuna per la richiesta di proposte.

È stato ricordato che in data 1° agosto, in relazione alla mozione della Conferenza del 27.06.2018, la Direzione Generale del MIUR, Dottoressa Maria Letizia Melina ha nominato il Prof. Guido Biasco coordinatore di un Gruppo di Lavoro finalizzato alla definizione del riempimento dei corsi di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, e del profilo dei Docenti.

Componenti del Gruppo di Lavoro sono: Maria Grazia De Marinis, Fabrizio Consorti, Adriana Turriziani, Raffaele De Gaudio, Flavia Petrini, Luisa Saiani, Mario Amore, Augusto Caraceni, Italo Penco, Gianlorenzo Scaccabarozzi, Luisa Tognetti, Maria Grazia Corbello, Marco Coccimiglio, Vanda Lanzafame. Sono in considerazione i CFU già

raccomandati per quattro classi di Laurea: Medicina e Chirurgia, Infermieristica (4 classi), Psicologia, Servizi Sociali. Per questi CFU il Gruppo di Lavoro dovrà delineare contenuti e modalità didattiche da offrire come linee guida per tutte le sedi universitarie di modifica da avanzare al MIUR.

È in previsione la stesura del secondo Quaderno della Conferenza, che vedrà coinvolti alcuni dei componenti la Conferenza stessa. Il programma è di dare alle stampe il testo entro fine agosto per potere avere la versione finale da presentare al prossimo Congresso della Società Italiana di Cure Palliative.

#### *Il quadro conclusivo ad oggi*

(1) il Master di I livello è riconosciuto dal MIUR come veicolo di Specializzazione per gli infermieri, in corso la opinione della Conferenza Stato-Regioni,

(2) tutti i Master sono oggetto di una verifica per il raggiungimento di un miglioramento della qualità,

(3) per i Master, soprattutto quelli di Alta Formazione, si dovrà spingere per ottenere una certificazione professionalizzante,

(4) i Master in Pediatria e quelli per Psicologi devo essere rivisti alla luce delle loro peculiarità,

(5) per tutti i Master sono necessarie operazioni di ristrutturazione sostanziali da formalizzare e poi proporre al MIUR,

(6) il futuro ruolo dei Master di AF sarà molto legato alle vicende all'interno della Scuole di Specializzazione.

L'impegno e l'auspicio di tutti i presenti all'incontro è intanto di diffonderli al meglio e di migliorare la qualità e la quantità dell'offerta formativa.

# Valutazione retrospettica di efficacia dell'ossigenoterapia iperbarica nel trattamento della sindrome fibromialgica

**M. Schembari**<sup>1</sup>, **A. Romeo**<sup>2</sup>, **G. Torneo**<sup>3</sup>, **R. Caceci**<sup>4</sup>, **F. Birrico**<sup>4</sup>, **M. Dell'Aquila**<sup>5</sup>

1 Responsabile U.O.S. SpokeTerapia del Dolore, Siracusa

2 Psicologo U.O.S. SpokeTerapia del Dolore, Siracusa

3 Infermiera U.O.S. SpokeTerapia del Dolore, Siracusa

4 Fisioterapista U.O.S. SpokeTerapia del Dolore, Siracusa

5 Psicologo, Siracusa

## Introduzione

L'ossigenoterapia iperbarica (HBOT) comporta l'inalazione intermittente del 100% di ossigeno (O<sub>2</sub>) mentre la persona viene esposta a un aumento della pressione atmosferica all'interno di una camera iperbarica. Originariamente sviluppata per trattare la malattia da decompressione, negli ultimi anni, è stata studiata per il suo uso nel trattamento di numerose lesioni e condizioni, alcune delle quali includono lesioni necrotizzanti dei tessuti molli, ferite croniche, ischemia traumatica, lesione da radiazioni, dolore cronico, sindromi disfunzionali, stanchezza cronica, mal di testa e sindrome da dolore regionale complesso. Esistono in letteratura studi che ne hanno verificato l'efficacia come terapia addizionale per il trattamento del dolore cronico in molte condizioni e come opzione praticabile per i pazienti che soffrono di dolore muscoloscheletrico cronico. Solo recentemente è stata associata quale trattamento complementare alla sindrome fibromialgica,

caratterizzata da algie muscoloscheletriche croniche e diffuse, fatigue, disturbi del sonno, Fibrofog (cluster di disturbi cognitivi), comorbidità con ansia e depressione. La qualità di vita è notevolmente ridotta.

## Materiali e metodi

Lo Spoke di terapia del dolore, centro di riferimento provinciale per la fibromialgia, ha arruolato da settembre 2018 otto pazienti, di età compresa fra i 35-50 anni, e le ha sottoposte a un ciclo di trattamento di ossigenoterapia iperbarica nel corso dei due mesi successivi. Tutte le pazienti erano affette da fibromialgia di grado molto severo e solo una di grado moderato secondo il test FIQ-R. Prima dell'avvio del programma terapeutico sono state sottoposte alle opportune visite mediche (radiografia del torace, visita otorinolaringoiatrica, ECG) e ad indagini cliniche psicologiche (test valutazione ansia STAI, valutazione depressione CES-D, Pain Catastrophizing Scale, FIQ-R, Pittsburg

Insomnia quality scale per la valutazione della qualità del sonno), e neuropsicologiche (valutazione memoria breve termine, memoria di prosa, fluenza fonemica e attenzione). Le pazienti, suddivise in due gruppi, sono state collocate in una camera iperbarica e sottoposte a sedute a pressione di 2 ATA per la durata di 70 minuti. Le sessioni si sono svolte cinque giorni su sette (dal lunedì al venerdì), con un totale di 40 sessioni.

Sono stati effettuati follow up a due settimane e a tre mesi. Un re-test riguardo alla qualità di vita, sintomatologia, ansia e depressione è stato svolto a circa 20 sedute di OTI. Durante i follow up sono stati osservati miglioramenti statisticamente significativi nei punteggi medi del VAS. Il grado di fibromialgia risulta essere lieve o in remissione per due donne, e per le altre si è assestata ad un grado moderato. In tutti i casi il livello di ansia risulta normalizzato come anche il livello di depressione.

Dal test Pittsburgh Insomnia quality scale la qualità del sonno risulta migliorata, da "abbastanza cattiva" ad "abbastanza buona". In particolare risultano aumentate le ore di sonno e l'addormentamento richiede minor tempo. Nel complesso queste pazienti hanno anche avuto una diminuzione della loro disabilità e un miglioramento della loro qualità di vita correlata alla salute. Le soglie del dolore non sono cambiate sia dopo due settimane che dopo i tre mesi.

Il nostro lavoro ha fornito alcune prove del beneficio dell'HBOT nel ridurre il dolore nei pazienti con FMS. Purtroppo il nostro campione includeva un numero limitato di pazienti, tutte donne, per un follow up a 2 settimane e 3 mesi. Inoltre, la mancanza di studi identificati per altre condizioni che causano dolore muscoloscheletrico cronico impedisce di sapere se l'HBOT può essere utilizzata anche per altre indicazioni.

Sono necessari RCT di maggiori dimensioni con criteri di inclusione che riflettono una popolazione più diversificata con FMS per corroborare i risultati summenzionati e aumentarne la generalizzabilità. Inoltre, gli studi dovrebbero includere tempi di valutazione più lunghi al fine di accertare l'efficacia a lungo termine di HBOT nei pazienti con FMS.

### Discussione

La fibromialgia può manifestarsi dopo stress mentale o fisico di lunga durata, infezione virale, batterica o parassitaria. Le prove hanno dimostrato che le specie reattive dell'ossigeno (ROS) e lo stress ossidativo svolgono un ruolo significativo nella disfunzione mitocondriale nei pazienti affetti da fibromialgia. Questi pazienti hanno alterazioni muscolari degenerative, pressione anormale dell'ossigeno e flusso sanguigno inferiore nei muscoli da ipossia locale.

Approssimativamente, i mitocondri utilizzano fino all'80% di ossigeno inalato per produrre ATP con ischemia locale causando livelli più elevati di radicali liberi che inducono apoptosi, riducono la sintesi di ATP e aumentano le concentrazioni di lattato nelle cellule muscolari che si traduce in debolezza muscolare e dolore.

L'HBOT causa l'iperossia che amplifica il gradiente di diffusione tissutale cellulare dell'ossigeno, che come risultato aumenta l'ossigeno disciolto nel plasma a un livello che supera i bisogni fisiologici di molti tessuti a riposo. L'HBOT accelera inoltre la cicatrizzazione delle ferite promuovendo l'epitelizzazione e le formazioni di matrice di collagene ossigeno-dipendente necessarie per l'angiogenesi. Inoltre, l'HBOT previene l'adesione dei leucociti che contribuisce al rilascio di radicali liberi e proteasi, proteggendo così le cellule dalla vasocostrizione patologica e dal danno cellulare durante la riperfusione. HBOT migliora



anche la morte microbica dipendente dall'ossigeno dei neutrofili, riduce l'edema e inibisce la perossidazione lipidica nei tessuti ipossici. Per confermare l'efficacia della HBOT nella diminuzione della disabilità e nell'aumento della qualità di vita correlata alla salute di

pazienti affetti da fibromialgia sono necessari studi clinici randomizzati controllati a cui ci proponiamo di dare un contributo proseguendo il follow up delle pazienti già trattate e ampliando il campione di studio arruolando nuovi pazienti.

## Bibliografia

1. Zhao B, Pan Y, Xu H, Song X. Hyperbaric oxygen attenuates neuropathic pain and reverses inflammatory signaling likely via the Kindlin-1/Wnt-10a signaling pathway in the chronic pain injury model in rats. *J Headache Pain* 2017 Dec;18(1):1. doi: 10.1186/s10194-016-0713-y.
2. Yildiz S, Uzun G, Kiralp MZ. Hyperbaric oxygen therapy in chronic pain management. *Curr Pain Headache Rep.* 2006 Apr;10(2):95-100.
3. Sutherland AM, Clarke HA, KATZ J, Katznelson R. Hyperbaric Oxygen Therapy: A New Treatment for Chronic Pain? *Pain Pract* 2016 Jun;16(5):620-8.
4. Pejic W, Frey N. Hyperbaric Oxygen Therapy for the Treatment of Chronic Pain: A Review of Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness. Ottawa. (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018 Sep. CADTH Rapid Response Reports.
5. Efrati S, Hadanny A, Daphna-Tekoah S, Bechor Y, Tiberg K, Pik N, Suzin G, Lev-Wiesel R. Recovery of Repressed Memories in Fibromyalgia Patients Treated With Hyperbaric Oxygen - Case Series Presentation and Suggested Bio-Psycho-Social Mechanism. *Front Psychol* 2018 May 29;9:848. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00848. eCollection 2018.
6. Guggino G, Schinocca G, Lo Pizzo M, Di Liberto D, Garbo D, Raimondo S, Alessandro R, Brighina F, Ruscitti P, Giacomelli R, Sireci G, Triolo G, Casale R, Sarzi-Puttini P, Dieli F. mT helper 1 response is correlated with widespread pain, fatigue, sleeping disorders and the quality of life in patients with fibromyalgia and is modulated by hyperbaric oxygen therapy. *Clin Exp Rheumatol.* 2019 Jan-Feb;37 Suppl 116(1):81-89.
7. El-Shewy KM, Kunbaz A, Gad MM, Al-Husseini MJ, Saad AM, Sammour YM, Abdel-Daim MM. Hyperbaric oxygen and aerobic exercise in the long-term treatment of fibromyalgia: A narrative review. *Biomed Pharmacother* 2019 Jan;109:629-638. doi: 10.1016/j.biopha. 2018.10.157.
8. Leach RM, Rees PJ, Wilmshurst P. Hyperbaric oxygen therapy. *BMJ* 1998; 317(7166): 1140-1143
9. Kindwall EP, Gottlieb LJ, Larson DL. Hyperbaric oxygen therapy in plastic surgery: a review article. *Plast Reconstr Surg* 1991; 88 (5): 898-908
10. Hink J, Jansen E. Are superoxide and/or hydrogen peroxide responsible for some of the beneficial effects of hyperbaric oxygen therapy? *Med Hypotheses* 57 (6)(2001), pp. 764-769, 10.1054/mehy.2001.1488

# Ruolo dell'ozonoterapia nel controllo della nevralgia post-erpetica: un case report

**M. Schembari**<sup>1</sup>, **A. Romeo**<sup>2</sup>, **G. Torneo**<sup>3</sup>, **R. Caceci**<sup>4</sup>, **F. Birrico**<sup>4</sup>, **M. Dell'Aquila**<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Responsabile U.O.S. SpokeTerapia del Dolore, Siracusa

<sup>2</sup> Psicologo U.O.S. SpokeTerapia del Dolore, Siracusa

<sup>3</sup> Infermiera U.O.S. SpokeTerapia del Dolore, Siracusa

<sup>4</sup> Fisioterapista U.O.S. SpokeTerapia del Dolore, Siracusa

<sup>5</sup> Psicologo, Siracusa

## Introduzione

Sono compresi nel termine di nevralgia post-erpetica (PHN) tutti i dolori che residuano dopo la guarigione dell'Herpes zoster e che possono durare alcuni mesi, molti anni o per sempre. Rappresenta la conseguenza del danno erpetico nella cute, nell'assone del neurone periferico, nel ganglio nella radice dorsale e nei neuroni. La PHN è uno dei più comuni tipi di sindrome da dolore neuropatico (NP) ed è caratterizzata da diverse componenti dolorose così differenziabili: dolore disestesico di fondo (bruciore, spilli); dolore folgorante parossistico (scarica elettrica) da contatto della cute o da stimoli emotivi; allodinia; iperpatia.

Dal punto di vista terapeutico, negli ultimi anni la cura della PHN si è attestata sulla terapia farmacologica con i triciclici, gli anticonvulsivanti, i neurolettici e gli antiaritmici (anestetici locali), morfina, FANS, TENS e procedure neurolesive e neuromodulative. La diversa e imprevedibile risposta alla terapia fa

supporre che quella considerata un'unica malattia facilmente riconoscibile sia in realtà una sindrome che può presentarsi con marcate differenze cliniche, specchio di diversi meccanismi patogenetici. Sulla base della patogenesi i pazienti con nevralgia post-erpetica sono stati classificati in quattro gruppi:

- da persistente ipereccitabilità dei nocicettori che in genere rispondono al trattamento locale con lidocaina ma anche a FANS, al blocco del simpatico, alla morfina e alla rizotomia;
- da dismielinosi-neuroma resistente a molti trattamenti e alla lidocaina topica, qualche volta risponde alla Spinal Cord Stimulation;
- da deafferentazione
- da lesione centrale.

Gli ultimi due casi sono in genere resistenti a tutti i trattamenti.

## Case report

G.R. è un uomo di 78 anni affetto da obesità, ipertensione arteriosa in trattamento, diabete in terapia con ipoglicemizzanti orali, insuffi-

cienza renale cronica moderata, emiparetico per ictus ischemico subito nel 1997, afferito al nostro ambulatorio di terapia del dolore a giugno 2018 per un dolore nevralgico post-erpetico severo, in sede toracica, esordito da circa sei mesi e resistente a terapia farmacologica a base di tramadolo e pregabalin. Al dolore si associava insonnia, severa depressione con peggioramento della qualità della vita, con perdita dell'autonomia e del ruolo sociale e familiare.

Dopo infruttuoso tentativo di rotazione farmacologica, compresa l'intolleranza al cerotto locale di lidocaina il paziente è stato sottoposto a settembre 2018 a elettro-neurostimolazione a radiofrequenza pulsata sui gangli delle radici dorsali dei livelli toracici interessati con un sollievo circoscritto ai quattro mesi successivi alla procedura. Da gennaio 2019 il paziente, previa acquisizione del consenso informato, è stato sottoposto in associazione al trattamento farmacologico a dieci sedute mono-settimanali di ozonoterapia ad una concentrazione di 15µg/mL somministrata per via intramuscolare ecoguidata lungo il decorso dei nervi intercostali dei segmenti coinvolti dalla sintomatologia algica (T9, T10 e T11). Per ogni livello interessato sono stati iniettati 4 ml di ozono in quattro punti, distribuiti lungo il decorso del nervo corrispondente nello spessore dei muscoli intercostali, per un totale di 48 ml di miscela ozonizzata per seduta. Il paziente ha seguito una dieta ricca di vegetali e frutta ed un supplemento alimentare a base di acido lipoico, N-acetilcisteina, vitamina C, vitamina E. Per valutare l'efficacia della terapia sono stati rilevati i punteggi del VAS e i punteggi di PGIC (Impressione Globale del cambiamento dei pazienti) e WHOQOL-BREF (Organizzazione mondiale della sanità Qualità della vita.) Le misurazioni sono state effettuate prima di cominciare il trattamento e ad 1 e 3 settimane dalla fine del trattamento.

I parametri del WHOQOL-BREF evidenziano un generale miglioramento, che persiste alla seconda settimana di follow-up. Il miglioramento riguarda in particolare l'area psicologica e della relazione. Inizialmente il paziente ha riportato un incremento transitorio del bruciore, ma dopo la quinta seduta i miglioramenti sono stati rilevanti.

Al controllo ad una e a tre settimane il paziente dorme nel suo letto, non lamenta difficoltà ad addormentarsi e giudica il suo sonno di buona qualità. Ma i risultati più rilevanti emergono dai test riguardano lo stato dell'umore e le relazioni interpersonali, soprattutto familiari. Per forme di nevralgia post-erpetica, come quella presentata dal nostro paziente, l'ossigeno-ozonoterapia potrebbe essere una forma di trattamento efficace tanto sulla ganglioradicolite tanto sul danno nervoso, apportando effetti indiretti sul metabolismo di un paziente.

Esistono pochi studi clinici sull'utilizzo dell'ozonoterapia nel trattamento della PHN e tutti la impiegano per via endovenosa, con buoni risultati, anche se la spiegazione dei suoi effetti rimane poco chiara. In questo studio, la miscela ozonizzata è stata somministrata in sede perinervosa, con un evidente effetto clinico. Le ragioni di questo effetto clinico possono essere diverse: la forte azione disinfettante a livello locale; l'effetto topico con vasodilatazione, iperossigenazione, diminuzione dell'acidità tissutale e riassorbimento dell'edema con un'attivazione metabolica in un tessuto sofferente; l'agopuntura chimica che provoca un'eccitazione psicogena del sistema centrale analgesico; l'ipostimolazione legata alla degenerazione ossidativa dei nocicettori.

Tuttavia anche alla luce delle evidenze molto limitate esistenti in letteratura, reputo che sia necessario approfondire ed estendere la tecnica anche ad altri casi, standardizzando la tecnica e riproducendola minuziosamente.

### Bibliografia

1. Orlandini G. La semeiotica del dolore. 2015: 105-110
2. Petersen M., Eckert A.S., Segond von Banchet G., Heppelmann B., Klusch A., Kniffki K.D. Plasticity in the expression of bradykinin binding sites in sensory neurons after mechanical nerve injury. *Neuroscience* 1998; 83: 949-959
3. Rowbotham M.C. Reisner L.A. and Fields C.H.L. Both intravenous lidocaine and morphine reduce the pain of post-herpetic neuralgia. *Neurology* 1991 (Suppl.1); 163
4. Bocci V. Ossigeno-ozonoterapia 2000: 39-51
5. Hu B, Zheng J, Liu Q, Yang Y, Zhang Y. The effect and safety of ozone autohemotherapy combined with pharmacological therapy in postherpetic neuralgia. *J Pain Res.* 2018 Aug 27;11:1637-1643. doi: 10.2147/JPR.S154154. ECollection 2018.
6. Verma A, Hirsch D.J, Glatt CE., Ronnet GV, Snyder SH. Carbon Monoxide: a putative neural messenger. *Science*, 1993; 259:381-384
7. Ceccherelli F, Gagliardi G, Matterazzo G, Rossato M, Giron G. La riflessoterapia per agopuntura. Edizione AIRAS, Padova, 1995: 49-77.
8. Palmieri B, Manno M, Palmieri G. Trattamento del dolore osseo metastatico con infiltrazioni di ozono"Osservazioni cliniche preliminari. Edizioni Libreria Cortina, Torino 1999

## Associazione italiana per lo studio del dolore

dal 1976 impegnata nello studio  
e nella cura del dolore

[www.aisd.it](http://www.aisd.it)





# DOLORE

AGGIORNAMENTI CLINICI



Organo ufficiale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore