

**INIZIATIVE/EVENTI PER LA
XX GIORNATA NAZIONALE DEL SOLLIEVO**

30 maggio 2021

promosse o patrocinate dalle Regioni o Province Autonome

SCHEDA INFORMATIVA DA COMPILARE PER OGNI INIZIATIVA

Regione/Provincia autonoma: LAZIO

**Luogo/Sede dell'evento: ASL LATINA
Gaeta - UOSD Terapia del dolore e Cure palliative**

Nome iniziativa/evento: Tutti i colori del dolore

Tipo di evento: Evento informativo

Data evento: 30/05/2021

Descrizione/Obiettivi: Promozione e diffusione della "cultura del sollievo" affermando l'importanza della visione globale del malato e della sua centralità e dignità come affermato dalla Legge 38/2010, fulcro del cambiamento del paradigma nell'approccio medico e nell'umanizzazione delle cure.

Il materiale diffuso sul sito aziendale è destinato ad operatori sanitari e cittadini per la sensibilizzazione di un tema così delicato e importante.

Si allega materiale informativo.

(max 30 righe)

per ogni iniziativa/evento compilare una scheda informativa

Da far pervenire **entro il 25 maggio 2021**
alla Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
all'indirizzo e-mail conferenza@regioni.it e ufficio.stampa@regioni.it



"XX GIORNATA NAZIONALE DEL SOLLIEVO"
30 maggio 2021



TUTTI I COLORI DEL DOLORE

...Dal dolore acuto al dolore cronico

Dott.ssa Maria Antonietta DE MEO
Responsabile Spoke nella Rete della Terapia del Dolore REGIONE LAZIO
Direttore UOSD "Terapia del Dolore e Cure palliative" ASL LATINA



Breivik H, Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D.

Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment.

EurJPain 2006 May;10(4):287-333.

Un adulto su cinque soffre in **Europa** di dolore cronico. Di questi:

- il 35% è accompagnato dal **dolore ogni giorno** della propria vita
- **un terzo** riferisce che talvolta il dolore è talmente intenso da far desiderare la morte
- ogni malato convive con il dolore cronico **mediamente da sette anni**

In Italia il 21.7% della popolazione adulta soffre di dolore cronico (contro il 19% della media tot. del campione Europeo)

Il 13% soffre di DOLORE SEVERO (13% media Tot. Campione EU)



IL 60% È CORRELATO CON
PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE
(Traumi 10% - Ernia/danno discale 12% - Osteoartrosi/Artrite 45%)

IL 49% DELLE CASALINGHE
SOFFRE DI DOLORE CRONICO

DOLORE CRONICO ONCOLOGICO vs DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO: LE DIMENSIONI DI UN PROBLEMA in ITALIA

DOLORE ONCOLOGICO

(Prevalenza nella popolazione generale 0,32-0,39%
Prevalenza nei malati di cancro 54-75%)

DOLORE NON ONCOLOGICO (DCNO)
(Prevalenza 21.76%)

Il Dolore è responsabile del 60% visite dal MMG e di oltre 10 milioni di accessi in P. S.

Circa il 50% del totale degli accessi al Pronto Soccorso (oltre 10 milioni)
Oltre il 60% delle richieste di consulto al MMG

Il 24,8% degli assistiti accede allo studio del MMG per un dolore che dura da meno di una settimana

Il 27,8% per un dolore che dura da meno di un mese

*Dati Società italiana di Medicina Generale (SIMG)
e Società Italiana di Medicina d'Urgenza (SIMEU)

* La raccolta dati ha preso in considerazione **865.000** diagnosi per tre patologie guida in **16 Pronto Soccorso italiani**

- I **picchi di prevalenza** si hanno nella **popolazione anziana** (picchi del 65% nella fascia 60 - 80 anni) e nei **malati di cancro**, specialmente nei malati terminali
- Il 49% dei malati assistiti a domicilio e il 31% di quelli assistiti in Day Hospital riferiscono dolore
- È molto probabile che tra i problemi da affrontare in Cure Palliative troveremo anche il DOLORE

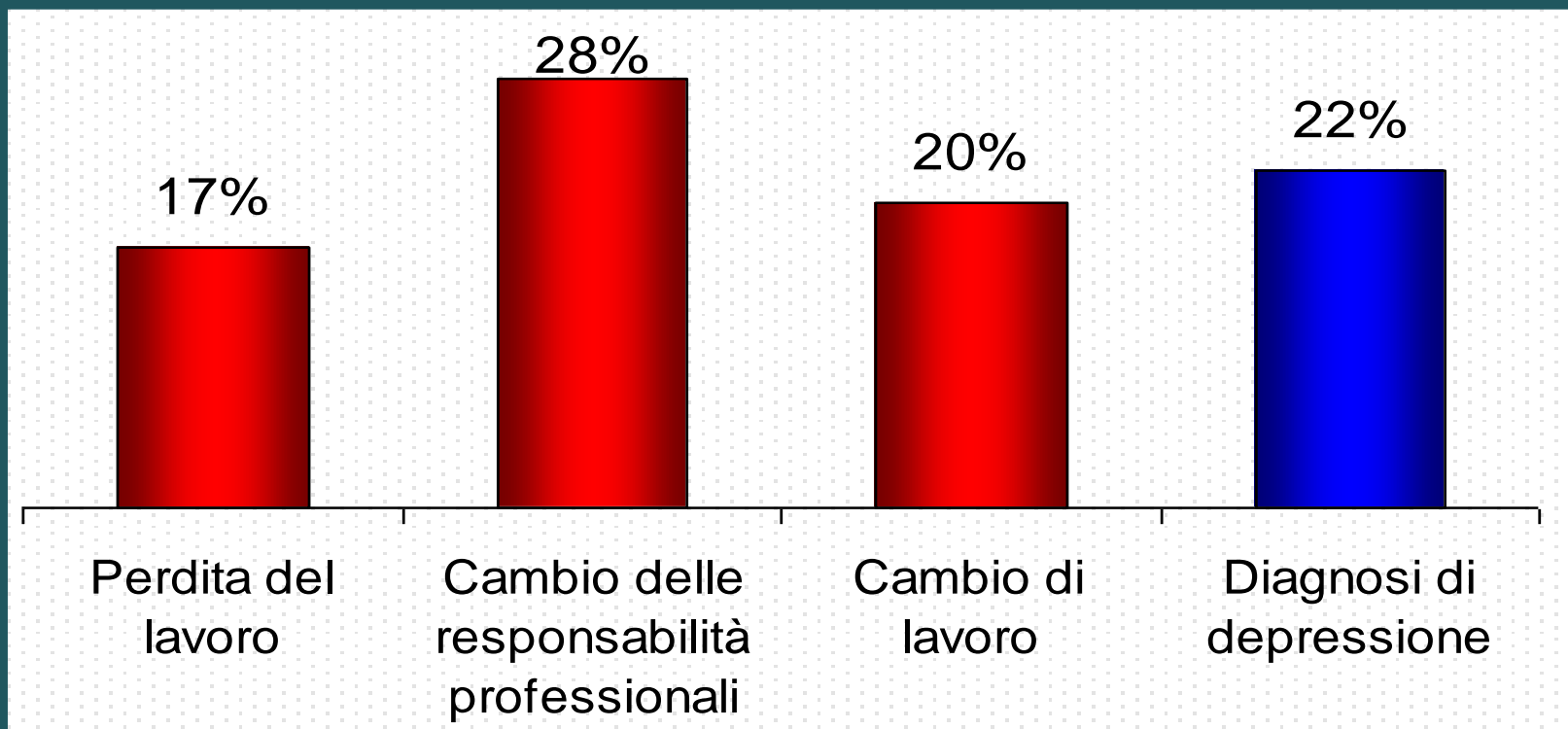
CAUSE DI SOTTOTRATTAMENTO DEL DOLORE

- RASSEGNAZIONE
- PREGIUDIZI E TABU' DA PARTE DEI PAZIENTI/PARENTI
(*“cura terminale”*, *“non sarà più la stessa persona”* ...)
- CARENZE CULTURALI
Paure e scarse conoscenze anche da parte dei Professionisti sanitari
(*“Rischio di depressione respiratoria”*, *“Rischio di tossicodipendenza”* ...)



Vol.4 - n. 4
December 2015

IMPATTO DEL DOLORE SULLA VITA **SOCIALE** E **PROFESSIONALE** DEL PAZIENTE in ITALIA



I costi del dolore cronico sono stimati in circa
34 miliardi di euro l'anno in Europa

In Italia (tra costi diretti e costi indiretti) la spesa annua per il controllo del dolore cronico è di **18.720 milioni di euro**

(fonte Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria)



Direzione Generale della Programmazione Sanitaria*

- **Eppure meno della metà** degli Italiani con **dolore cronico** (compresi i malati **oncologici**) viene trattato segue una terapia specifica;
- Il **40%** non ha un **controllo adeguato** del dolore;
- Il **28%** ritiene che il proprio medico **NON SA** come controllare il dolore

PERCHÉ DOBBIAMO SOFFRIRE?

Esiste una rara patologia congenita, la CIPA (*Congenital Insensitivity to Pain with Anhidrosis*), caratterizzata da assenza di percezione di **dolore, caldo e freddo** associata a **anidrosi (assenza di sudorazione)**

La maggior parte dei bambini affetti da CIPA **muore generalmente entro i 3 anni di età**, a causa di lesioni traumatiche (es. fratture) o patologie interne (es. appendicite, peritoniti), **asintomatici per l'ASSENZA DI DOLORE**.

Gli altri muoiono per ipertermia (conseguenza dell'incapacità di sudare).

Pochi sopravvivono fino a maggiore età.

Attualmente in tutto il mondo ci sono meno di 400 casi viventi

Senza dolore non si può vivere

L'incapacità di percepire la fisicità dello stimolo doloroso è una condizione genetica rara ma presente in alcune persone

In three consanguineous families from northern Pakistan, we mapped the condition as an autosomal-recessive trait to chromosome 2q24.3. mutations (S459X, I767X and W897X).

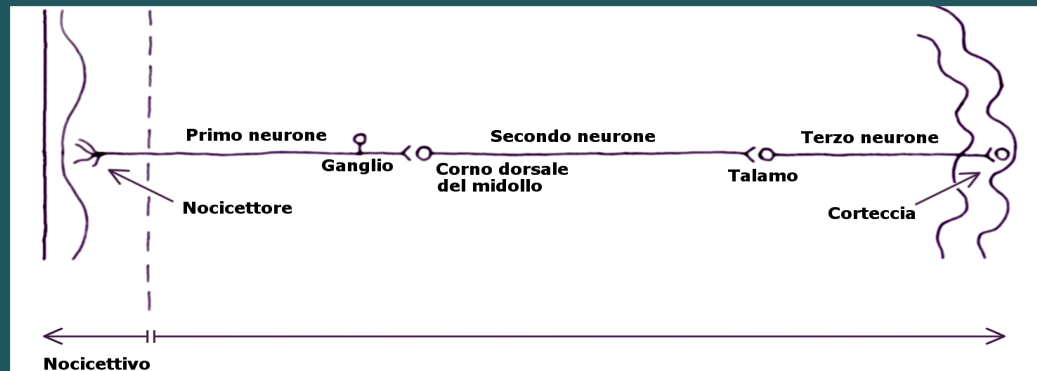
Nature **444**, 894-898 (14 December 2006)



IL DOLORE ACUTO È UN MECCANISMO SALVAVITA

Il dolore acuto è necessario, perché avverte l'organismo di un danno (una frattura, un infarto, una peritonite...), come se fosse un campanello di allarme, e gli consente di mettere in atto tutti i meccanismi di protezione e di risposta necessari

Tutto questo avviene attraverso informazioni trasmesse dai **neuroni** (cellule del Sistema Nervoso), che attraverso specifici **recettori (i nocicettori)** e speciali fibre nervose segnalano al Sistema Nervoso Centrale che è presente un danno (DOLORE NOCICETTIVO)

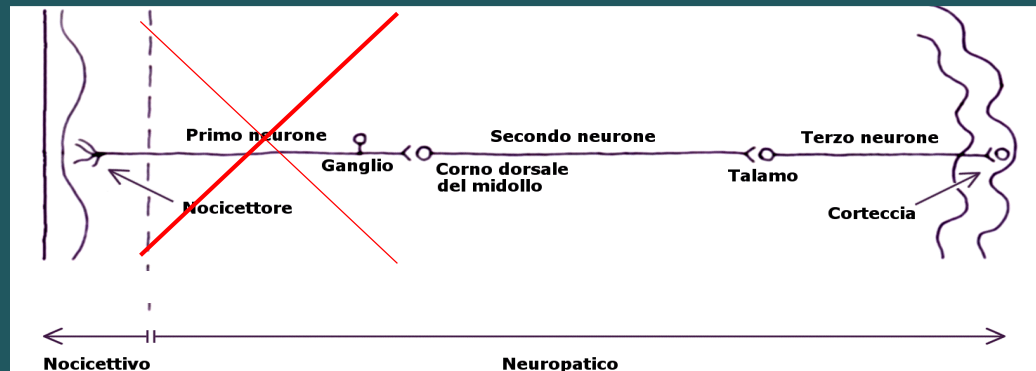


Il Sistema Nervoso Centrale risponde inducendo **riflessi di protezione** (es. si "mette al riparo" una gamba fratturata) e liberando **sostanze infiammatorie e antidolorifiche** (es. oppioidi e cannabinoidi endogeni...)

Il **DOLORE CRONICO** che si manifesta in assenza di lesione tessutale è invece un dolore **INUTILE**, perché non serve a segnalare nessun danno.

In questi casi infatti si ha un danno a tutto il SISTEMA NERVOSO, con **autogenerazione** di stimoli dolorosi (in assenza di lesioni dei tessuti!) che vengono trasmessi lungo le vie periferiche o centrali di segnalazione e elaborazione del dolore

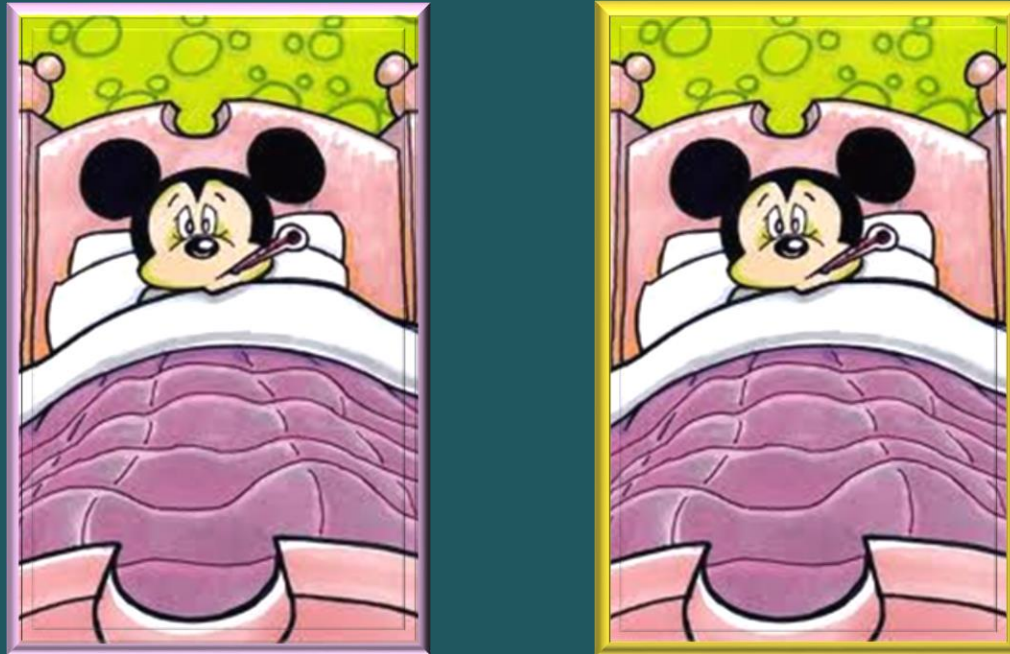
*È come se una sirena di allarme suonasse in continuazione senza che il ladro sia entrato in casa: in questi casi il dolore può diventare esso stesso malattia (**DOLORE-MALATTIA**).*



*In questi casi si parla di dolore **NEUROPATICO**, che si associa sempre a una forte componente emozionale*

Immaginate due pazienti perfettamente identici in tutto: età, sesso, caratteristiche somatiche e culturali, livello sociale, anamnesi, perfino nel tipo di intervento chirurgico subito.

Sono degenti nella stessa stanza dello stesso Ospedale e li ha operati lo stesso Chirurgo, in maniera identica.



Ma **solo uno** dei due è stato operato per cancro, e lo sa.

Questa persona sentirà ("percepirà") più dolore dell'altro: perché associa il suo dolore alla gravità della sua patologia ("*ho tanto dolore perché ho una malattia grave*"), perché ha paura di soffrire, di morire, di perdere il proprio ruolo sociale...

Cioè, "colorerà" il suo dolore con l'emozionalità, che è "governata" dal Sistema Nervoso Centrale...

Le VIE DEL DOLORE

sono composte da una Via ascendente eccitatoria (che trasmette l'impulso doloroso dalla periferia al Sistema Nervoso Centrale) e una Via inibitoria discendente (dal SNC alla periferia)

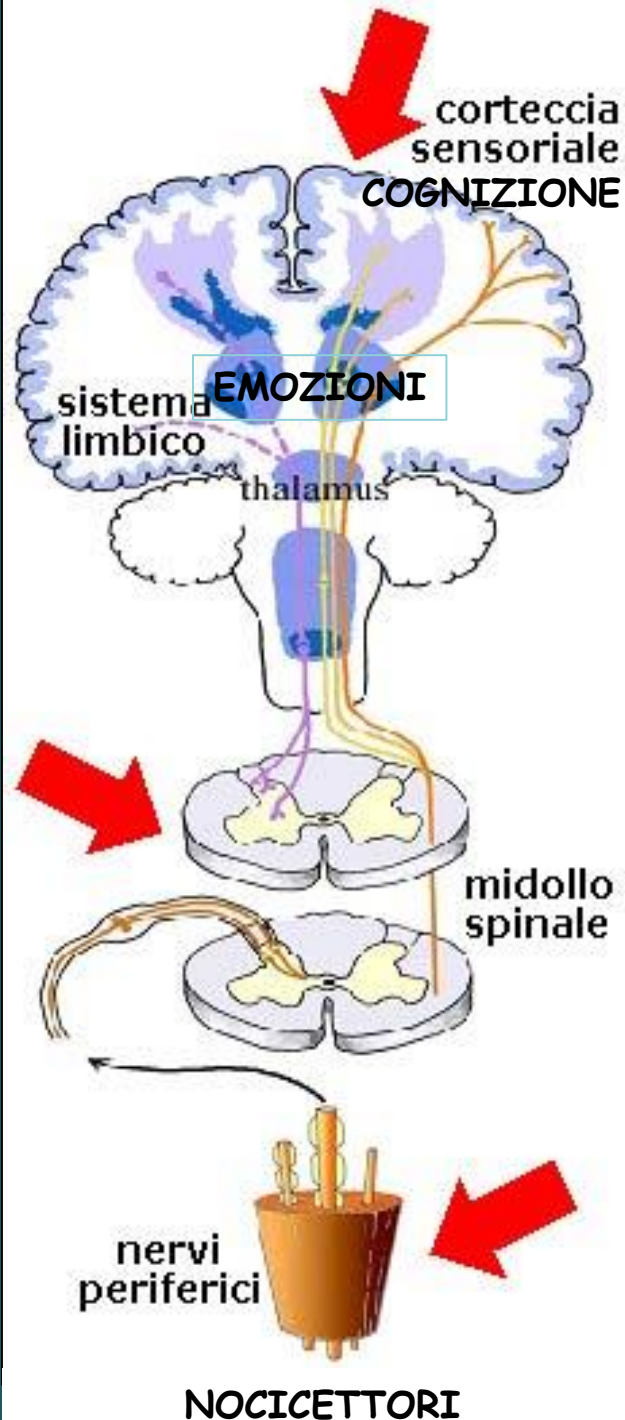
VIA DISCENDENTE INIBITORIA



Controllo **INIBITORIO** discendente (rilascio di sostanze che inibiscono il dolore (Oppioidi Endogeni, Endorfine, GABA Cannabinoidi endogeni...))

...TUTTI E due i Sistemi sono influenzati da fattori

AMBIENTALI e **GENETICI** ...



VIA ASCENDENTE ECCITATORIA

L'impulso doloroso raccolto dai nocicettori viene trasmesso verso l'alto (fino alla corteccia cerebrale) e attiva una **RISPOSTA DISCENDENTE INIBITORIA**



NOCICETTORI (sono terminazioni nervose periferiche che si attivano in caso di danno, come ad esempio una frattura o una ferita)



Nel **DOLORE CRONICO** queste due vie non sono più in equilibrio: i neuroni (le cellule nervose) possono modificarsi, con **attivazione persistente** solo della Via ascendente (che “porta” al cervello gli impulsi eccitatori dolorifici) e con **abolizione** del sistema discendente inibitorio che dal cervello produce sostanze che “bloccano” il dolore.

Queste *modificazioni dei neuroni* si chiamano **SENSITIZZAZIONE**, persistono anche se **si abolisce la causa scatenante di origine** (il dolore resta anche se l’ernia del disco è stata operata o l’Herpes Zoster è guarito) e coinvolgono sempre la sfera affettivo-emozionale

COME FACCIAMO A SAPERE SE QUESTO È SUCCESSO?

Ci sono dei segni e dei Sintomi che si possono cercare nel Corso della VISITA ALGOLOGICA (maggiore o minore sensibilità al freddo e al caldo, maggiore o minore percezione di stimoli dolorosa o tattili, presenza di formicolii o altre sensazioni sgradevoli lungo il decorso di un nervo...)

MISURARE il DOLORE: MISURARE un'EMOZIONE...

È sempre necessario "misurare" il dolore
(esistono "Scale" apposite di valutazione e misurazione del dolore):

1. Per rilevare il grado di inabilità/ invalidità/ interferenza con la vita quotidiana
2. Per disporre di un parametro di verifica sia per programmare il trattamento che per valutarne l'efficacia

La rilevazione e la valutazione del dolore devono essere in relazione all'età e al grado di collaborazione del paziente

Le Scale di valutazione e misurazione del dolore variano a seconda che si tratti di paziente adulto, di paziente pediatrico o di paziente non in grado di comunicare o non collaborante.

PAZIENTE ADULTO COLLABORANTE

Il paziente viene invitato a indicare "quanto" dolore sente (da nessun dolore al peggior dolore immaginabile)

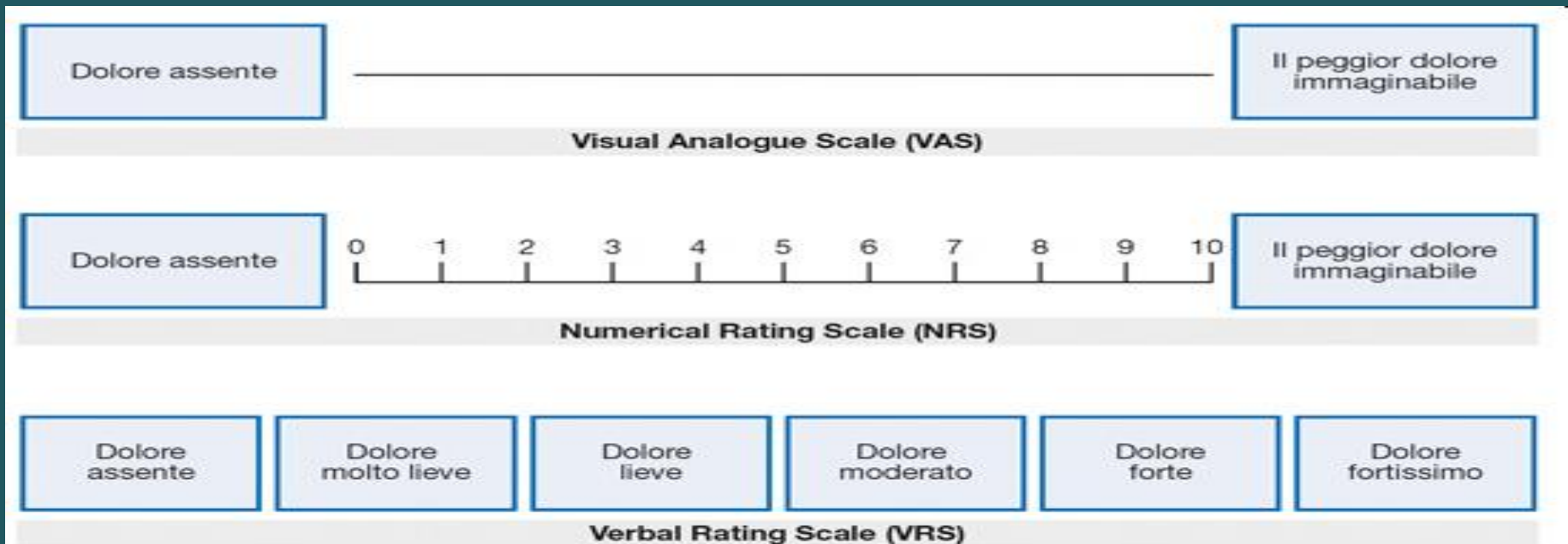


FIGURA 4. ■ Esempi di scale unidimensionali per la misurazione dell'intensità del dolore.

Un valore ≤ 4 è considerato indice di dolore **lieve**; da 4-7 dolore **moderato**; oltre 7 il dolore va considerato **severo**.

PAZIENTE ADULTO

NON IN GRADO DI COMUNICARE VERBALMENTE

La **SCALA PAINAD** (Pain Assessment in Advanced Dementia) è risultata valida e affidabile nello screening iniziale del dolore anche nel paziente con demenza grave.

Si basa sull'osservazione di 5 indicatori: **respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo, consolabilità**

A ciascuno di questi comportamenti è attribuito un punteggio che va da 0 a 2. Il punteggio totale viene interpretato come per la scala numerica: 1-3 : dolore lieve, 4-7 dolore moderato e 8-10 dolore severo

	0	1	2
RESPIRO	<i>Normale</i>	<i>Brevi periodi di iperventilazione</i>	<i>Respiro alterato. Iperventilazione</i>
VOCALIZZAZIONE	<i>Nessuna</i>	<i>Occasionalmente lamenti Saltuarie espressioni negative</i>	<i>Ripetuti richiami, lamenti, pianto</i>
ESPRESSIONE FACCIALE	<i>Sorridente o inespressiva</i>	<i>Triste, ansiosa, contratta</i>	<i>Smorfie</i>
LINGUAGGIO DEL CORPO	<i>rilassato</i>	<i>Teso. Movimenti nervosi, irrequietezza</i>	<i>Rigidità, agitazione. Ginocchia piegate. Movimenti afinalistici, a scatti</i>
CONSOLABILITÀ	<i>Non necessita di consolazione</i>	<i>Distratto o rassicurato da voce o contatto</i>	<i>Inconsolabile, non si distrae e non si rassicura</i>

NEONATI 0 – 30 giorni: Scala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

>5 = Dolore moderato/severo, necessità di trattamento

PUNTEGGIO	0	1	2
ESPRESSIONE FACCIALE	<i>Rilassata</i>	<i>Smorfia</i>	-
PIANTO	<i>Assente</i>	<i>Piagnucoloso</i>	Vigoroso
TIPO DI RESPIRO	<i>Regolare</i>	<i>Alterato</i>	-
BRACCIA	<i>Rilassate, Contenute</i>	<i>Flesse, Estese</i>	-
GAMBE	<i>Rilassate, Contenute</i>	<i>Flesse, Estese</i>	-
STATO DI VIGILANZA	<i>Sonno-Veglia</i>	<i>Agitato</i>	-

≤ 3 anni, o bambini incapaci di autovalutazione (deficit motori o cognitivi)

Scala FLACC (Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability)

0 = Rilassato, a proprio agio; 1-3 = Lieve sofferenza; 4-6 = Dolore moderato; 7-10 = Grave sofferenza o dolore.
Il bambino deve essere valutato per 1-5 minuti se è sveglio, per più tempo se sta dormendo.

CATEGORIA	PUNTEGGIO		
	0	1	2
VOLTO	<i>Espressione neutra o sorriso</i>	<i>Smorfie occasionali o sopracciglia corrugate, espressione distaccata</i>	<i>Frequente o costante aggrottamento delle sopracciglia, bocca serrata, tremore del mento</i>
GAMBE	<i>Posizione normale o rilassata</i>	<i>Si agita, è irrequieto, teso</i>	<i>Scalcia o raddrizza le gambe</i>
ATTIVITÀ	<i>Posizione normale, movimenti naturali</i>	<i>Si contorce, si dondola avanti e dietro, teso</i>	<i>Inarcato, rigido, si muove a scatti</i>
PIANTO	<i>Assenza di pianto</i>	<i>Geme o piagnucola, lamenti occasionali</i>	<i>Piange di continuo, urla o singhiozza</i>
CONSOLABILITÀ	<i>Soddisfatto, rilassato</i>	<i>Rassicurato da contatto occasionale o abbraccio o dal tono di voce, distraibile</i>	<i>Difficile da consolare o confortare</i>

Da 1 mese ai 3 anni - Scala OPS (Objective Pain Scale)

(Il valore minimo per il quale si deve considerare di avviare o adeguare un trattamento antalgico è ≥ 3)

CRITERI		PUNTEGGIO
Pianto	<i>Piange</i>	0
	<i>Piange ma è consolabile</i>	1
	<i>Piange e non è consolabile</i>	2
Movimenti	<i>Nessuno</i>	0
	<i>Irrequieto</i>	1
	<i>Aggressivo</i>	2
Agitazione	<i>Indifferente</i>	0
	<i>Mite</i>	1
	<i>Isterico</i>	2
Postura	<i>Nessuna postura speciale</i>	0
	<i>Arti flessi</i>	1
	<i>Regge il collo con le mani</i>	2

Dai 3 ai 7 anni - Wong-Baker Faces (Scala Faccine)

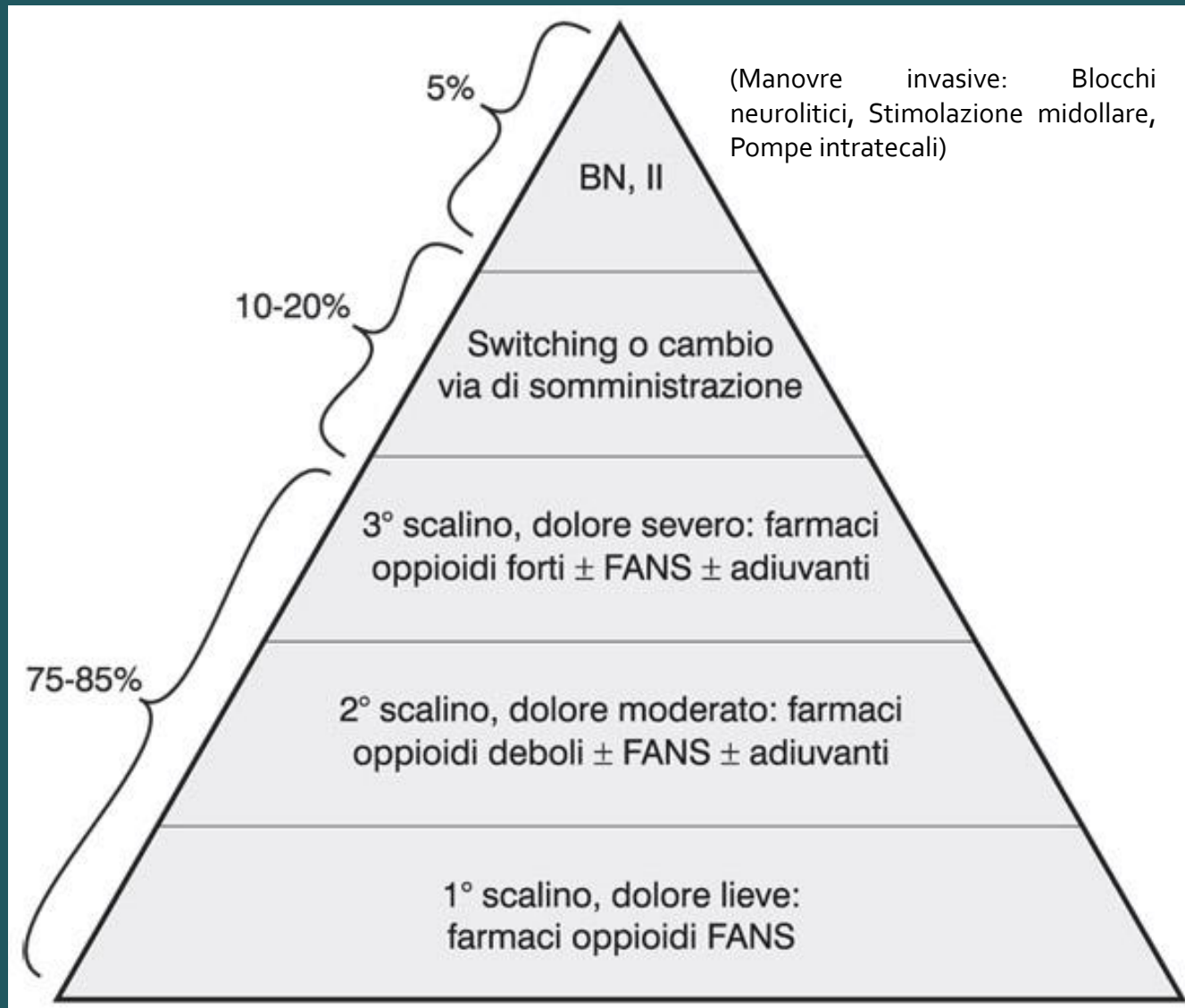


Il valore minimo per il quale si deve considerare di avviare o adeguare un trattamento antalgico è 4 (terza faccina)

La SCALA ANALGESICA OMS

(WHO: Cancer Pain Relief, Genova 1996) (*modificata*)

Ad oggi nel 95% dei casi è possibile trattare con successo il dolore con i farmaci disponibili



UNA LEGGE BELLISSIMA... e ITALIANA

Legge: N°38 del 15-03-2010 (GU: 19-03-2010)

“DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE”

Art. 1 - Diritto del cittadino ad accedere alle Cure palliative e alla Terapia del dolore

Art. 2 - Persona Malata

“... Affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo (...) nonché la persona affetta da patologia dolorosa cronica da moderata a severa.”

Art. 3 - Le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale

Art. 7

- **Obbligo**, oltre che del **trattamento**, anche della **misurazione** del dolore e della sua **registrazione** nelle sezioni medica e infermieristica di tutte le cartelle cliniche attraverso l'utilizzo di apposite Scale validate.

Le strutture sanitarie hanno facoltà di scegliere gli strumenti più adeguati, tra quelli validati, per la rilevazione e la valutazione del dolore da riportare all'interno della cartella clinica

