

CONGRESSO
Medicina
per adulti con disabilità
intellettiva grave: quali
risposte ai bisogni di
salute?
Venerdì 26 ottobre 2018
 Sala Congressi
 Ospedale di Bolzano

KONGRESS
Gesundheitliche Bedürfnisse
von Erwachsenen mit schwerer
kognitiver Beeinträchtigung:
Möglichkeiten der Intervention
Freitag, 26. Oktober 2018
 Kongresssaal des
 Krankenhauses Bozen

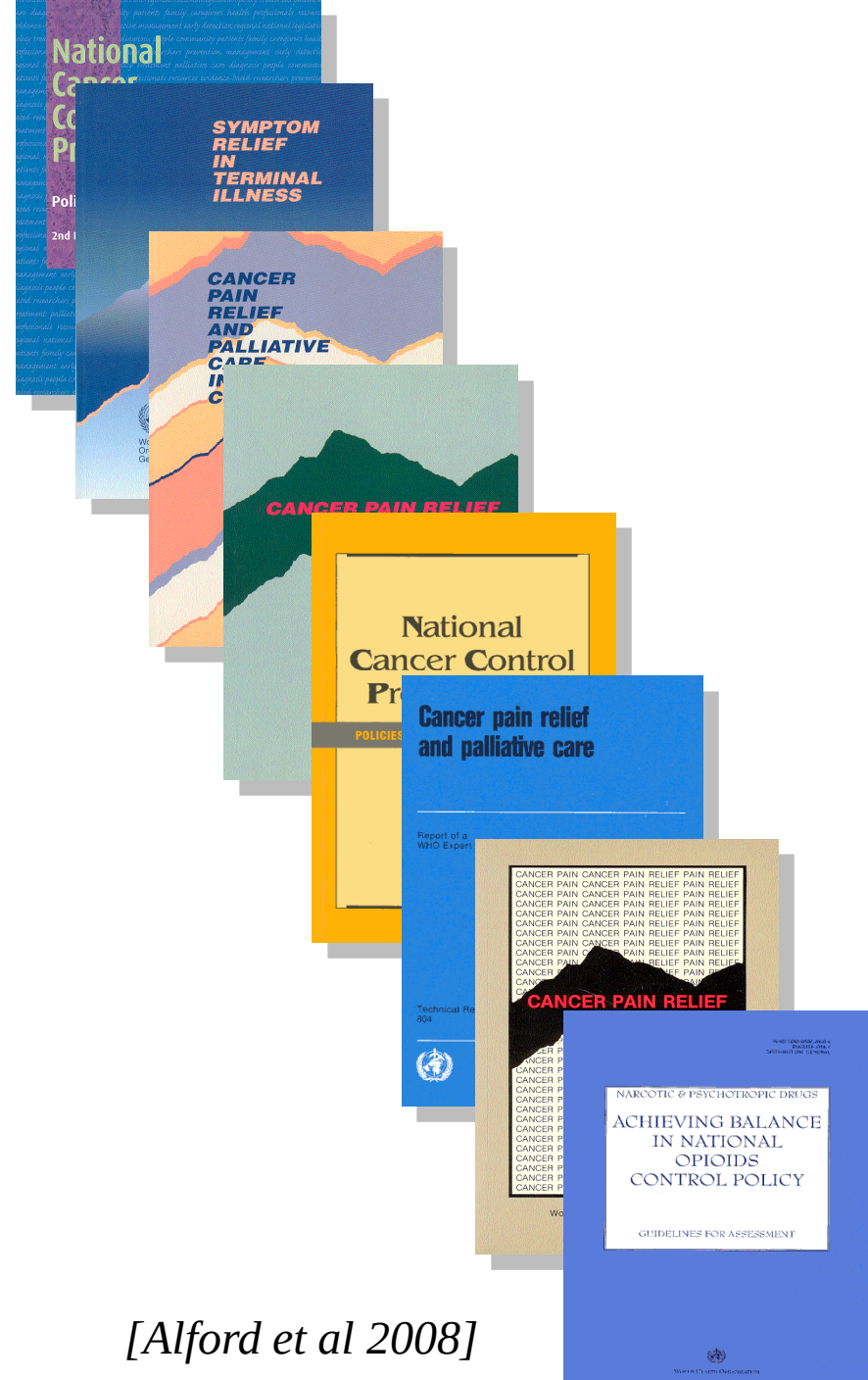
Il dolore nelle persone con disabilità intellettiva grave

Valutazione e trattamento del dolore

Dr. Massimo Bernardo
 Hospice – Cure Palliative - Bolzano

Il dolore in medicina

- invecchiamento della popolazione generale
- aumento delle patologie cronico degenerative (osteoarticolari, neurologiche e vascolari) e dei tumori
- Il dolore è uno dei principali problemi sanitari a livello mondiale



[Alford et al 2008]



Il dolore cronico

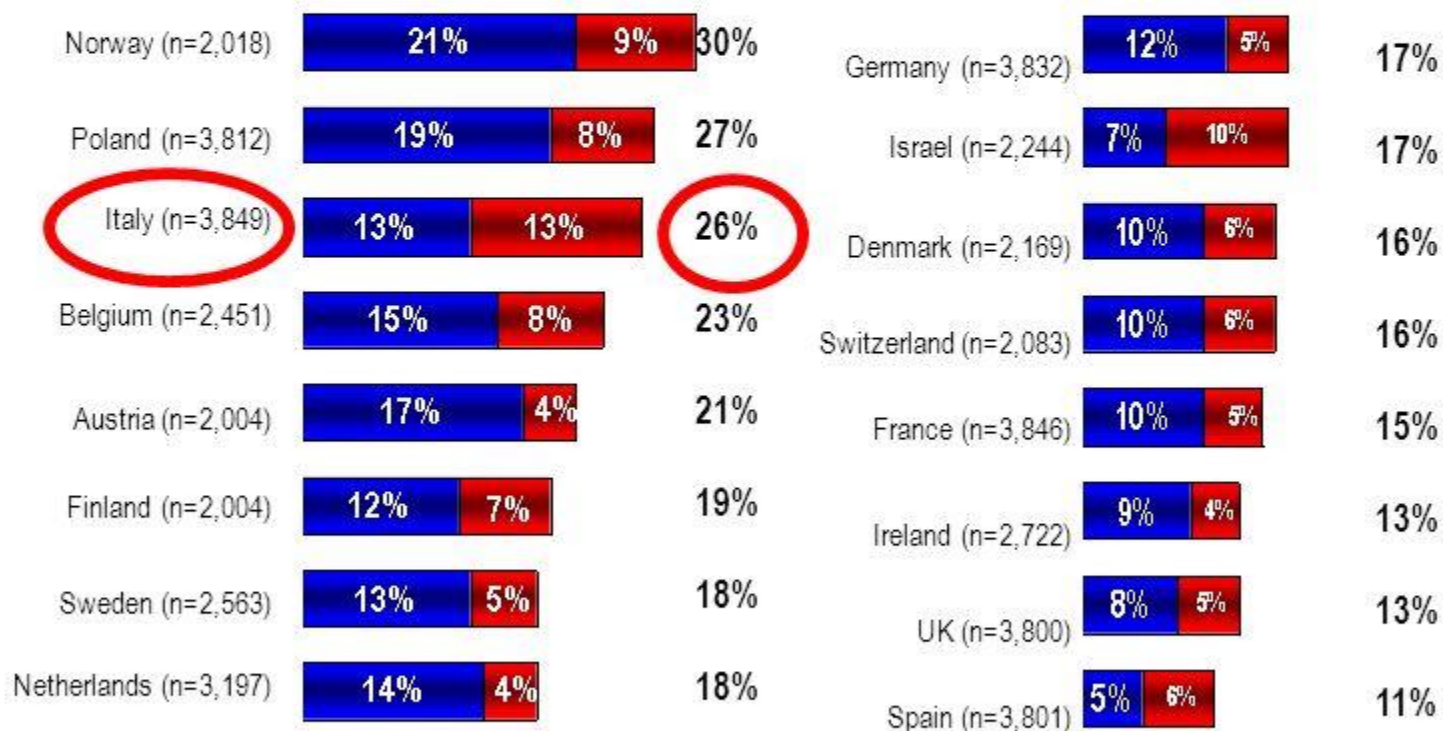
- dura a lungo e diviene esso stesso malattia
- rende insopportabili le malattie croniche
- Pesante impatto sulla vita di relazione e sugli aspetti psicologici e sociali
- È un dolore inutile

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

Prevalenza generale = **19%**
(n=46,394)

Moderato **13%** Severo **13%**

■ Moderato
■ Severo



Epidemiology Italy

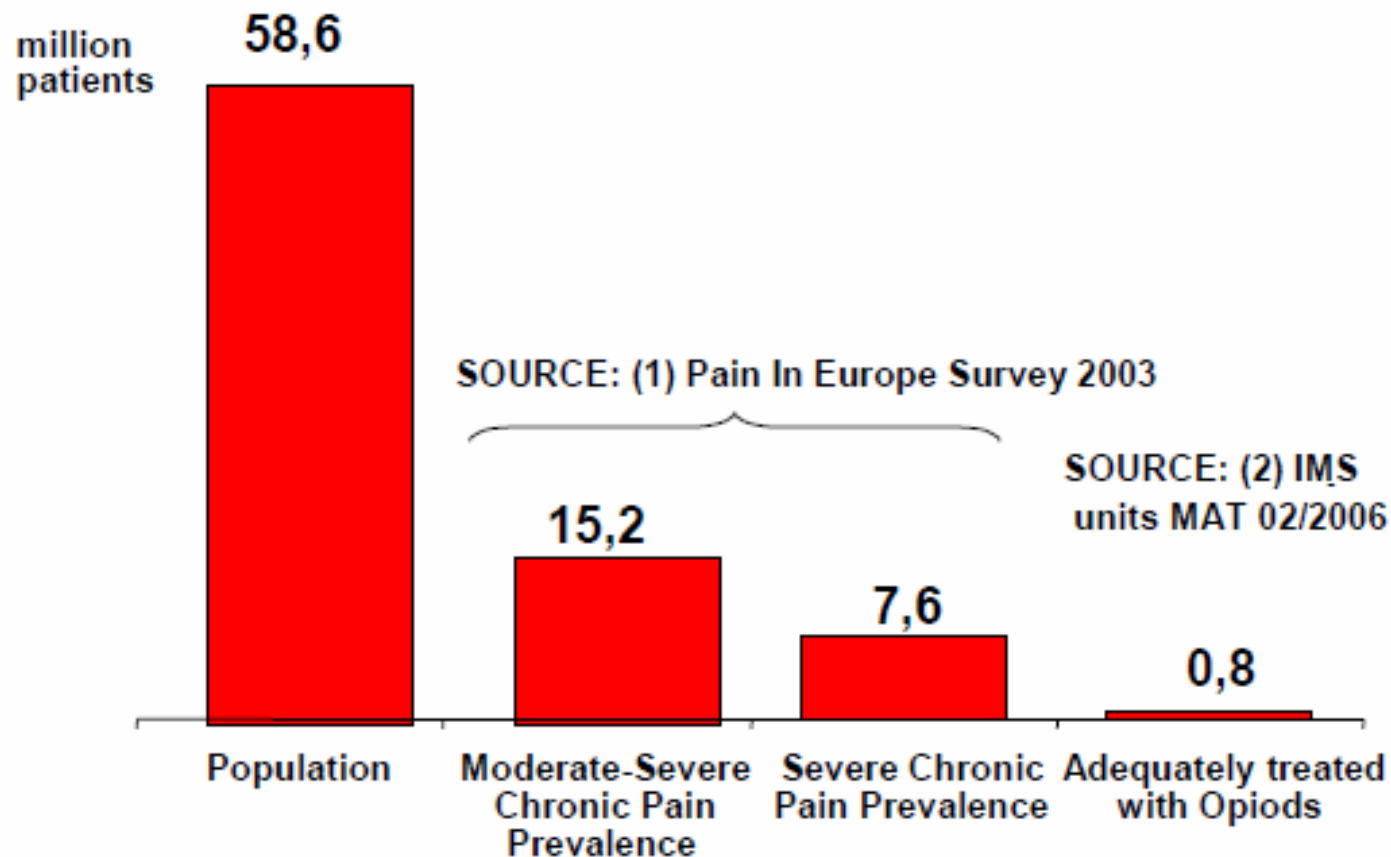
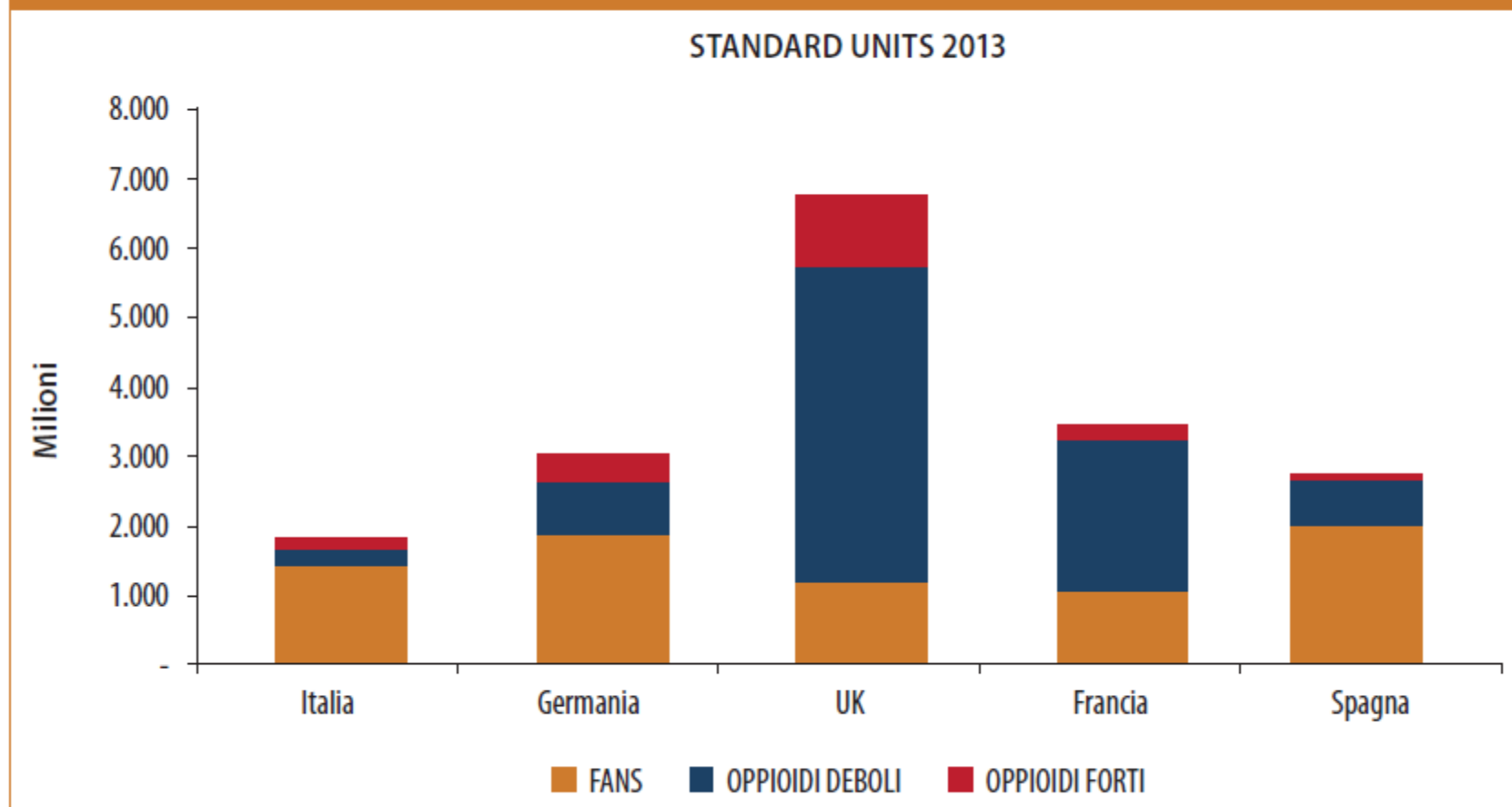
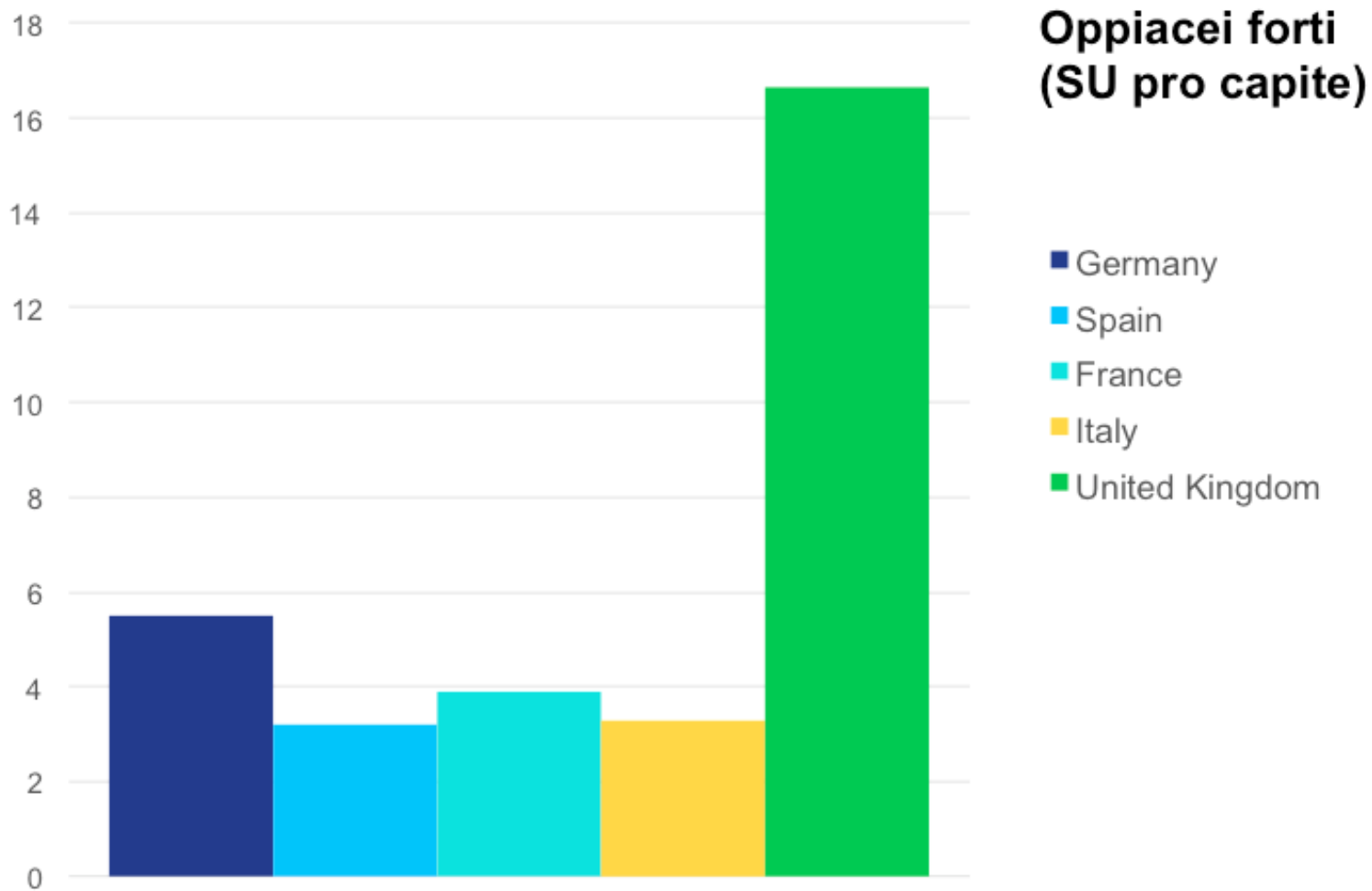


Figura 4. Utilizzo di farmaci per la terapia del dolore: confronto tra i Paesi Top5 EU (Italia, Germania, UK, Francia e Spagna), anno 2013, dato consumi (in milioni di SU).



Fonte dati: IMS Dataview Midas.

Dal 2010 ad oggi il consumo di oppioidi forti in Italia è cresciuto costantemente passando da 116 milioni di SU (Standard Units) nel 2010 a quasi **200 milioni di SU nel 2014**.

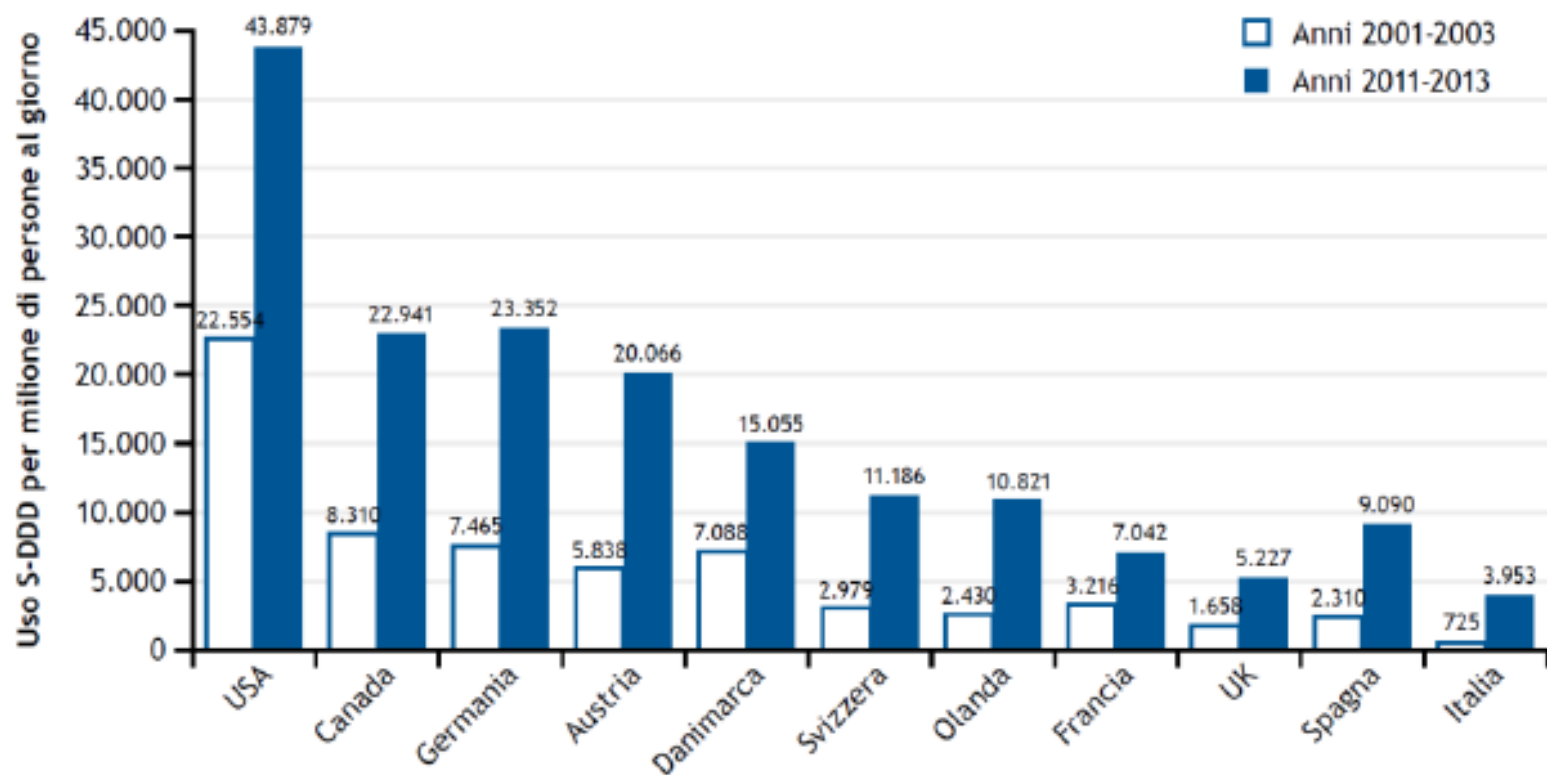


Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study

Stefano Berterame, Juliana Erthal, Johnny Thomas, Sarah Fellner, Benjamin Vosse, Philip Clare, Wei Hao, David T Johnson, Alejandro Mohar, Jagjit Pavadia, Ahmed Kamal Eldin Samak, Werner Sipp, Viroj Sumyai, Sri Suryawati, Jallal Toufiq, Raymond Yans, Richard P Mattick

www.thelancet.com Vol 387 April 16, 2016

Andamento negli anni dell'utilizzo di oppioidi in Europa e Nord America



S-DDD: dosi giornaliere definite a scopi statistici. Berterame et al. Lancet 2016; 387: 1644-56.



Prevalence of pain in elderly hospitalized patients

W. Gianni ^{a,*}, R.A. Madaio ^b, L. Di Cioccio ^c, F. D'Amico ^d, D. Policicchio ^e, D. Postacchini ^f,
F. Franchi ^g, M. Ceci ^a, E. Benincasa ^b, M. Gentili ^a, S.M. Zuccaro ^b

^aIstituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani I.N.R.C.A.-I.R.C.C.S., Unità Operativa di Geriatria Roma, Via Cassia 1167, I-00189 Roma, Italy

^bOspedale Israelitico, U.O.C. Geriatria, Via Fulda 14, I-00148 Roma, Italy

^cOspedale Civile di Cassino, Via Cassilina nord, I-03043 Cassino, Frosinone, Italy

^dOspedale S. Piero, Patti, Via Margi 112, I-98068 Messina, Italy

^eOspedale Civile di Avellino, Via dei due Principati, I-83100 Avellino, Italy

^fI.N.R.C.A. s.s. 210 Contrada Massa, I-63023 Fermo (AP), Italy

^gOspedale Civile di Piacenza, Via Taverna 49, I-29100 Piacenza (PC), Italy

Table 2

Percentual distribution of patients in various NRS classes of untreated (–) and treated (+) state, together with the treatment methods, %.

NRS	(–)	(+)	% of (+) patients treated with different drugs
4	62.0	38.0	91.0 NSAIDs 9.0 weak opioids
5	70.0	30.0	100.0 NSAIDs
6	47.5	52.5	73.0 NSAIDs 7.0 weak opioids 20.0 others
7	57.0	43.0	72.2 NSAIDs 22.2 weak opioids 5.6 others
8	41.0	59.0	43.5 NSAIDs 39.0 weak opioids 17.5 others
9	37.8	62.2	69.5 NSAIDs 17.4 weak opioids 4.1 strong opioids
10	37.0	63.0	27.2 NSAIDs 36.4 weak opioids 36.4 strong opioids

- Il dolore è presente nel **67,3%** degli anziani ricoverati
- Solo il **49%** di questi riceve un trattamento farmacologico adeguato
- Nonostante l'elevata presenza di dolore negli anziani, questo o non viene trattato o viene trattato inadeguatamente

Correlates and Management of Nonmalignant Pain in the Nursing Home

Aida Won, MD, Kate Lapane, PhD,^{†‡} Giovanni Gambassi, MD,^{†§} Roberto Bernabei, MD,[§] Vince Mor, PhD,^{†‡} and Lewis A. Lipsitz, MD,^{*†} on behalf of the SAGE Study Group*

JAGS 47:936-942, 1999
© 1999 by the American Geriatrics Society

Even when pain was recognized, men, racial minorities, and cognitively impaired residents were at increased risk for undertreatment.

Dolore:

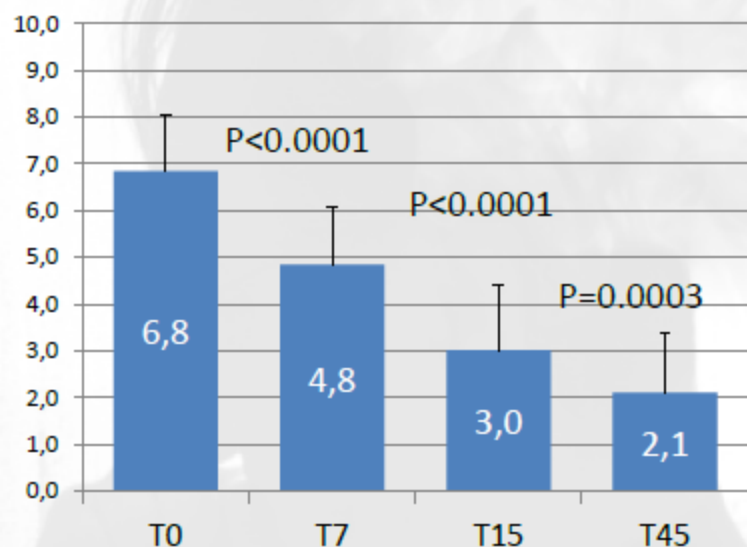
- nocicettivo somatico 47 paz (89%)
- misto 1 (2%)
- neuropatico periferico 2 paz (2%)
- Neuropatico centrale 1 paz (2%)

Terapia al T0:

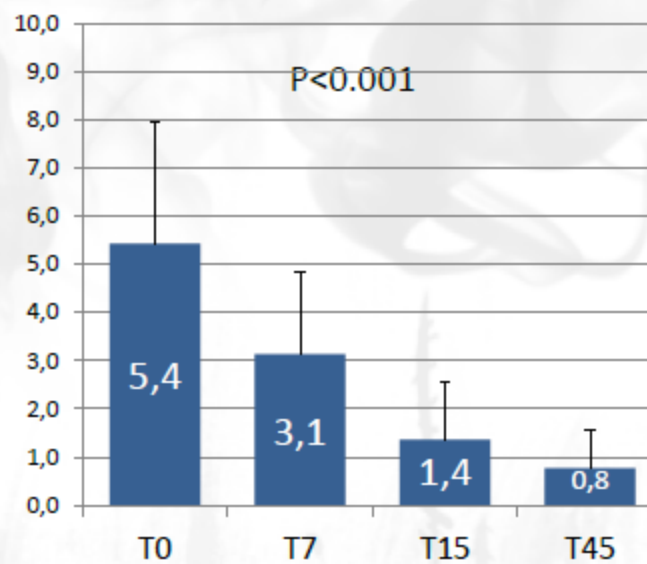
- No analgesico: 22 (42%) pz
- WHO-I: n. 25 (47%)
 - paracetamolo 18 pz (media 2267 mg)
 - ibuprofene 5 pz (media 1050 mg die)
- WHO-II: n. 6 (11%)
 - codeina 3 pz (media 80 mg)
 - tramadolo 3 pz (media 141 mg)

Studio Multicentrico Bergamo OXN in anziani con dolore e deficit cognitivo 2015

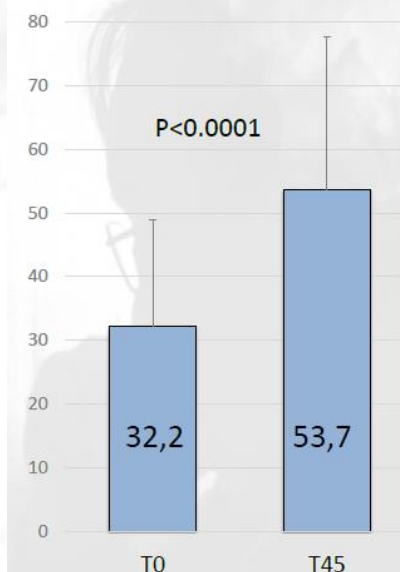
Dolore nel tempo (NRS)



PAINAD (30/53 paz)



Barthel Index



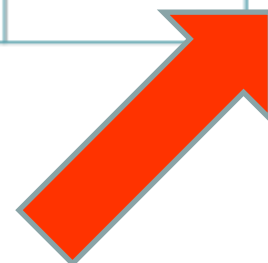
La valutazione del dolore nel paziente anziano con
demenza grave nelle strutture protette del Distretto
di Reggio Emilia

Francesca Reggiani

Anno Accademico 2014/2015

CONOSCENZE ATTITUDINI DEL PERSONALE

DOMANDA	VERO	FALSO
Il giudizio più accurato sull'intensità del dolore è quello che ne dà il paziente	80,5	19,5
Dare al paziente con dolore cronico un placebo è utile per valutare se ha realmente dolore	39,0	61,0
I pazienti hanno il diritto di aspettarsi come risultato del trattamento la scomparsa del dolore	78,0	22,0
La scala PAINAD valuta la presenza di dolore nei pazienti dementi tramite la rilevazione di alcuni parametri vitali (Pressione arteriosa, frequenza cardiaca)	43,6	56,4
La valutazione del dolore da parte del medico o dell'infermiere è una valida misura del dolore percepito dal paziente	28,2	71,8
DOMANDA	SI	NO
Durante la Sua carriera lavorativa ha partecipato a corsi di formazione specifici sul tema del dolore e sulla gestione del dolore?	36,6	63,4



The challenges of pain management in primary care: a pan-European survey

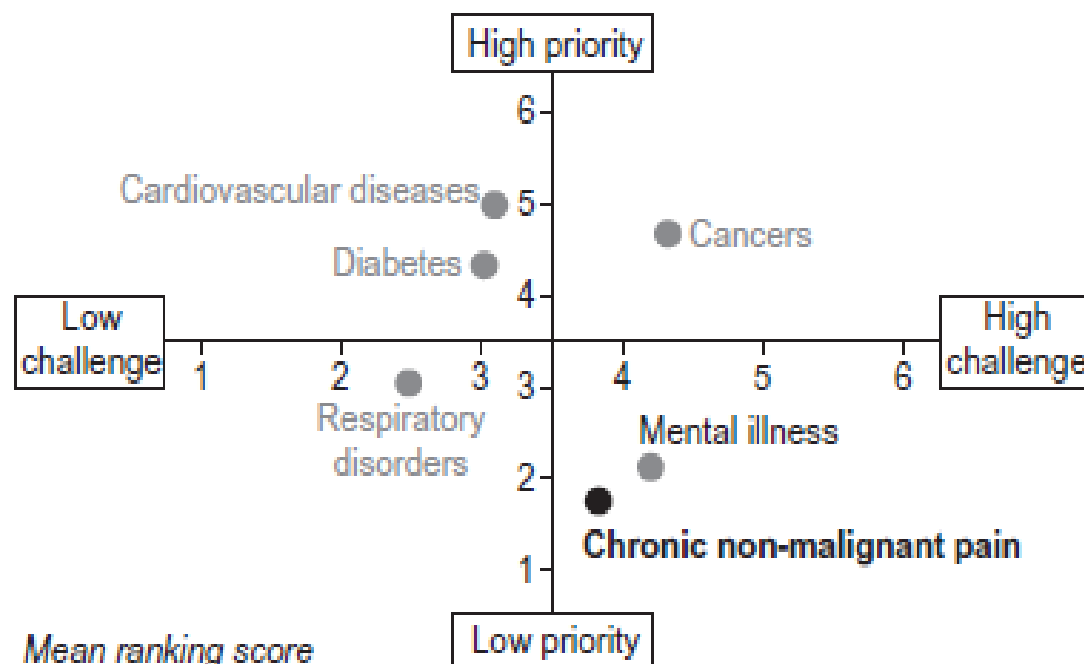


Figure 1 PCP perceptions of CNMP compared with other chronic conditions.

Abbreviations: CNMP, chronic nonmalignant pain; PCP, primary care physician.

Chronic pain in people with an intellectual disability: under-recognised and under-treated?

B. E. McGuire,¹ P. Daly¹ & F. Smyth²

- 250 questionari inviati a caregivers di pazienti con DI
- Nonostante la presenza di dolore cronico, questo non viene regolarmente valutato benchè vi sia una aumentata prevalenza di situazioni che lo possono causare.
- Il dolore è sottostimato e sottotrattato soprattutto in quelle persone incapaci di comunicarlo verbalmente (85% non ha una prescrizione di analgesici)



children



Review

'Total Pain' in Children with Severe Neurological Impairment

Timothy A. Warlow * and Richard D.W. Hain

All Wales Paediatric Palliative Care Managed Clinical Network, University Hospital of Wales, Heath Park, Cardiff CF14 4XW, UK; richard.hain@wales.nhs.uk

* Correspondence: twarlow@doctors.org.uk; Tel.: +44-773-739-4757

Received: 28 November 2017; Accepted: 12 January 2018; Published: 18 January 2018



PAIN

Clinical Updates

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN®

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief
Daniel B. Carr, MD
Internal Medicine, Endocrinology,
Anesthesiology
USA

Advisory Board

Volume XV, Issue 4

July 2007

Cognitive Impairment in Chronic Pain

Pain and Cognition: Interrelations

*David Niv, MD, FIPP (deceased)
Director, Center for Pain Medicine
Sourasky Medical Center, Tel-Aviv University, Israel*

DECLARATION OF MONTREAL

Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right

Article 1. The right of all people to have access to pain management without discrimination (Footnotes 1-4).

“...the inappropriate treatment of pain includes nontreatment, undertreatment, overtreatment, and the continued use of ineffective treatments.”

1. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. (2003). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of opioid therapy for chronic pain.*



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief



I codici deontologici

- **CDM – Art.16:** Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come appropriato e proporzionato.
- **CDM – Art. 39:** il medico non abbandona il paziente.....
...impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze...
- **CDI – Art.20:** L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali
- **CDI – Art. 34:** L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore ed alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.
- **CDI – Art. 32:** L'infermiere si impegna a promuovere la tutela degli assistiti che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione....

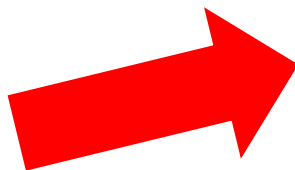
LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 15 marzo 2010, n. 38.

Legge 38

15 marzo 2010

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

2. È tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall'articolo 2, comma 1, lettera c), nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001,

pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. Per i fini di cui ai commi 1 e 2, le strutture sanitarie che erogano cure pal-

GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PART E PRIM A

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Terapia del dolore e cure palliative

Art. 23, 31, 38

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Martedì, 16 gennaio 2018

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni
anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un' appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

CARTA DEI
DIRITTI
DELLE PERSONE
CON DISABILITÀ
IN OSPEDALE



La gestione appropriata del dolore non può più essere solo un problema di corretta applicazione della legge, ma un obbligo deontologico ed una reale responsabilità di tutti gli operatori sanitari.

Art.11

Diritto ad evitare le sofferenze ed il dolore non necessari

Failure to recognise pain

“ They said they didn’t think she was in pain, that her screams were just the noises people like that make.”

11 families reported a failure to recognise pain.

As highlighted in *Death by Indifference*, there is an entirely false but widespread belief among health professionals that people with a learning disability have a higher pain threshold than the rest of the population.



NHS accused over deaths of disabled patients
the Guardian: 3 January 2012

Death by *indifference*: 74 deaths and counting
A progress report 5 years on

Managing pain in patients with dementia in hospital

Cunningham C (2006) Managing pain in patients with dementia in hospital. *Nursing Standard*. 20, 46, 54-58. Date of acceptance: August 3 2005.

- Più il paziente è confuso e disorientato, meno antidolorifico riceve
- Urlare, essere agitati, aggredire verbalmente o fisicamente sono comportamenti frequentemente associati alla presenza di dolore nei pazienti con demenza
- La prima risposta che questi comportamenti ricevono è la somministrazione di farmaci antipsicotici
- 83% dei pazienti con dolore non riceve alcun analgesico



Pain and pain assessment in people with intellectual disability: Issues and challenges in practice

Owen Doody  | Maria E. Bailey

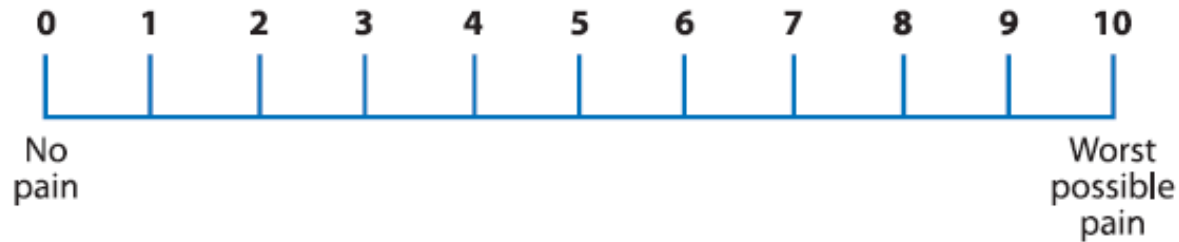
Misurare correttamente il dolore ...



...è il presupposto per curare bene il dolore



Numerical Pain Scale



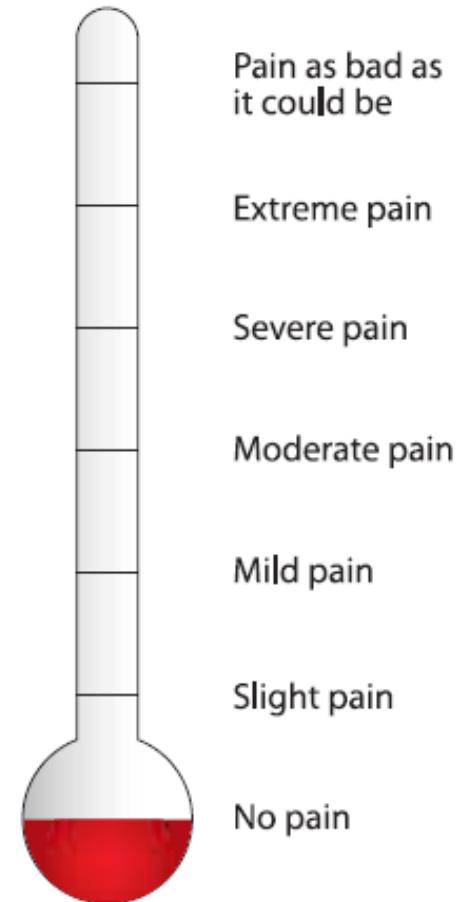
Verbal Pain Scale



Faces Pain Rating Scale



Pain Thermometer





Understanding Pain in Patients With Intellectual Disabilities

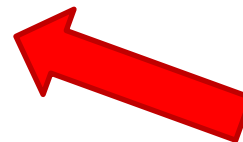
Marilyn Masterson, BA, BSN, MSN, RN, PhD

Am Nurs Today. 2011;6(10)

- Le persone con Disabilità Intellettiva possono manifestare il dolore con modalità atipiche
- L'operatore deve saper recepire e rilevare il dolore tramite il linguaggio "non verbale" del corpo attraverso osservazione ed ascolto
- **Quando il soggetto non è più in grado di comunicare il dolore da sintomo diventa segno (Trabucchi)**

Indicazioni per la valutazione del dolore nelle persone incapaci di comunicarlo:

- 1. Ottenere informazioni dal paziente**
- 2. Ricercare potenziali cause di dolore**
- 3. Osservare il comportamento del paziente**
- 4. Ascoltare le segnalazioni dei familiari**
- 5. Tentativo analgesico empirico**



Critical Review

Behavioral Pain Indicators in People With Intellectual Disabilities: A Systematic Review

Nanda C. de Knecht,^{*} Marjoleine J. C. Pieper,[†] Frank Lobbezoo,[‡] Carlo Schuengel,[§]
Heleen M. Evenhuis,[¶] Jan Passchier,[#] and Erik J. A. Scherder^{*}

3 Behavioural pain indicators
in people with intellectual
disabilities: A systematic review



BEHAVIORAL PAIN INDICATORS

Motor activity: tonus problems, involuntary movements, protection, posture, defensive reaction, resistance to movement, guarding, lying down, "body and limb," touching hurting body part, increased or decreased activity level

Facial activity: eg, eyes and mouth. One study³¹ did not find a facial response during mild acute pain.

Social-emotional indicators: eg, wanting to be left alone, interest in surroundings, capacity to interact, pointing to or showing an injury, using sign language ("hurt" or "sick"), refusing to do usual activities, more needy of parents, difficult to comfort, signs of fear, distress or anxiety, signs of frustration or irritability, low mood or depression, being upset or stressed

Nonverbal vocal expression: crying, screaming, moaning, groaning, sounds of distress

Physiological indicators: eg, respiration, tears, facial pallor/redness. No evidence for heart rate.

Self-injurious behavior

Verbal expression: location-specific (eg, "My tummy hurts") or non-location-specific (eg, "I don't feel well"/"Owie")

Aggression: throwing objects, striking, destroying furniture, throwing tantrums, acting out, showing signs of anger, challenging behavior

Eating/sleeping: more or less appetite or sleeping than usual

Agitation: restlessness or excessive talking

Daily living skills: eg, self-care

"Exaggeration of usual symptoms of the disability"

Response to analgesics

Stereotyped movements: eg, hands flapping

Total (1 study can cover several indicators)

Osservare il comportamento della persona...

Tabella 1 - *Comportamenti di dolore nelle persone con declino cognitivo⁹*

Espressioni facciali

Lieve aggrottamento delle ciglia, espressione triste
Smorfie, fronte corrugata, occhi chiusi o serrati
Qualsiasi espressione anomala
Ammicciamento rapido

Verbalizzazioni, vocalizzi

Sospiri, lamenti, gemiti
Borbottio, cantilena, chiamare
Respiro rumoroso
Richiesta di aiuto
Espressioni verbali aggressive

Movimenti del corpo

Postura rigida, tesa, guardinga
Agitazione
Aumento del cammino su e giù, dondolamenti
Movimenti limitati
Cambiamenti nella marcia o nella mobilità

Cambiamenti nelle interazioni interpersonali

Aggressività, opposizione alle cure
Diminuzione delle interazioni sociali
Atteggiamenti socialmente inappropriati o aggressivi
Ritrosia

Cambiamenti nelle attività abituali o routine

Rifiuto del cibo, cambiamenti dell'appetito
Aumento periodi di riposo
Cambiamenti del sonno e dei modelli di riposo
Improvvisa cessazione delle attività abituali
Aumento del vagabondaggio

Cambiamenti dello stato mentale

Pianto o essere in lacrime
Aumento della confusione
Irritabilità o angoscia

Am. Geriatric Society, 2002

..... soprattutto il comportamento che devia dalla norma



Pain and pain assessment in people with intellectual disability: Issues and challenges in practice

Owen Doody | Maria E. Bailey

- Pain is difficult to identify when people cannot communicate.
- If pain is not identified, it cannot be managed and causes stress.
- Pain assessment is essential in order to identify pain.
- Pain assessment requires a combination of knowledge, health assessments and observations.

TABLE 1 Pain assessment tools

Pain Assessment Tool, Authors

Nursing assessment of pain intensity—
NAPI, Stevens (1990)

The Facial Action Coding System—FACS;
Ekman & Friesen (1978)

Evaluation Scale for Pain in Cerebral
Palsy—ESPCP; Giusiano, Jimeno,
Collignon, & Chau (1995)

Checklist of Nonverbal Pain Indicators—
CNPI, Feldt (2000)

Pain and Discomfort Scale—PADS, Bodfish,
Harper, Deacon, & Symonds (2001)

Pain Indicator for Communicatively
Impaired Children—PICIC, Stallard et al.
(2002)

Non-communicating children's pain
checklist revised—NCCPC-R, Breau,
McGrath, Camfield, & Finley (2002)

Individualized Numeric Rating Scale—INRS,
Solodiuk & Curley (2003)

Paediatric Pain Profile—PPP, Hunt et al.
(2004)

Checklist Pain Behaviour—CPB, Terstegen
(2004);

Pain and Distress Scale—PDS, Bodfish,
Harper, Deacon, Deacon, & Symons
(2006)

Disability Distress Assessment Tool—Dis-
Dat, Regnard et al. (2007)

Revised face, legs, activity, cry, consolabil-
ity—rFLACC, Voepel-Lewis, Malviya, and
Tait (2005)

Non-Communicating Adult Pain Checklist—
NCAPC, Lotan, Ljunggren, Johnsen,
Defrin, & Pick (2009);

Chronic Pain Scale for Nonverbal Adults
with Intellectual Disability, CPS-NAID,
Burkitt et al., (2009)

Tailored Observational Pain Screen, TOPS,
Parker & Belew (2013)

Self-Reporting Tool On Pain in People with
Intellectual Disabilities—STOP-IDde
Knegt, Lobbzoo, Schuengel, Evenhuis, &
Scherder (2016)

Pain Assessment IN Advanced Dementia (**PAINAD**)

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;4:9-15.

Versione Italiana (traduzione):

D. Costardi, L. Rozzini, C. Costanzi, D. Ghianda, S. Franzoni, A. Padovani, M. Trabucchi: The italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. Archives of Gerontology and Geriatrics 44 (2007) 175-180

<i>INDICATORI</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Respirazione</i>	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea
<i>Vocalizzazione</i>	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti
<i>Espressioni del volto</i>	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie
<i>Linguaggio del corpo</i>	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire
<i>Consolazione</i>	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca rassicurazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione
<i>0-1 Dolore assente</i>	<i>2-4 Dolore lieve</i>	<i>5-7 Dolore moderato</i>	<i>8-10 dolore severo</i>

NOPPAIN: A Nursing Assistant-Administered Pain Assessment Instrument for Use in Dementia

A. Lynn Snow^{a,d} Jan B. Weber^d Kimberly J. O'Malley^{a,c} Marisue Cody^{e,f}
Cornelia Beck^g Eduardo Bruera^g Carol Ashton^{a,c} Mark E. Kunik^{a-c}

Risposta al dolore

Cosa si è osservato o sentito durante le manovre assistenziali?

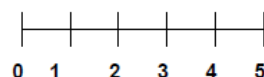
Espressioni verbali di dolore?

"Che male!" "Ahi!"
Imprecazioni-bestemmie "Basta!"



☐ SÌ ☐ NO

Quanto intensamente?



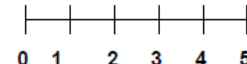
Versi che esprimono dolore?

"Gemiti!" "Lamenti!" "Ansimi!"
"Singhiozzi!" "Borbotti!" "Pianti!"



☐ SÌ ☐ NO

Quanto intensamente?



Risposta al dolore

Cosa si è osservato o sentito durante le manovre assistenziali?

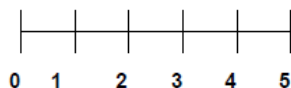
Espressioni facciali di dolore?

"Corrugare la fronte!"
"Aggrotta le sopracciglia" "Smorfie"



☐ SÌ ☐ NO

Quanto intensamente?



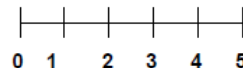
Movimenti per alleviare il dolore?

Sfrega o massaggia
la parte dolente



☐ SÌ ☐ NO

Quanto intensamente?



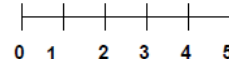
Atteggiamenti antalgici?

"si irrigidisce" "si tiene stretto/a"
"si protegge" (soprattutto quando si muove)



☐ SÌ ☐ NO

Quanto intensamente?



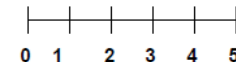
Irrequietezza?

"Cambia spesso posizione" "non sta mai
ferma/dondola" "si oppone all'assistenza"



☐ SÌ ☐ NO

Quanto intensamente?



Le linee guida più recenti

Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC

Augusto Caraceni*, Geoffrey Hanks*, Stein Kaasa*, Michael I Bennett, Cinzia Brunelli, Nathan Cherny, Ola Dale, Franco De Conno, Marie Fallon, Magdi Hanna, Dagny Faksvåg Haugen, Gitte Juhl, Samuel King, Pål Klepstad, Eivor A Laugsand, Marco Maltoni, Sebas Lancet Oncol 2012; 13: e58-68
Maria Nabal, Alessandra Pigni, Lukas Radbruch, Colette Reid, Per Sjogren, Patrick C Stone, Davide Tassinari, Giovambattista Zeppezauer, for the European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC), on behalf of the European Association for Palliative Care (EAPC)

Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults

Issued: May 2012

NICE clinical guideline 140
guidance.nice.org.uk/cg140

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines™)

Adult Cancer Pain

Version 1.2011

NCCN.org

Special Communication

CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016

Deborah Dowell, MD, MPH; Tamara M. Haegerich, PhD; Roger Chou, MD

JAMA. doi:10.1001/jama.2016.1464
Published online March 15, 2016.

Su quali punti concordano le linee guida?



- 1- Corretta comunicazione**
- 2- Misura del dolore**
- 3- Strategia terapeutica**
- 4- Ruolo di FANS, paracetamolo**
- 5- Farmaci del II e III gradino WHO**
- 6- Via di somministrazione**
- 7- Titolazione**
- 8- Terapia al bisogno**
- 9- Prevenzione e controllo degli effetti collaterali**
- 10- Rotazione degli oppioidi**
- 11- Uso degli adiuvanti per il dolore neuropatico**
- 12- Procedure interventistiche**
- 13- Interazione con équipe di cure palliative**

Riconoscere il dolore

Un percorso logico?



DOLORE

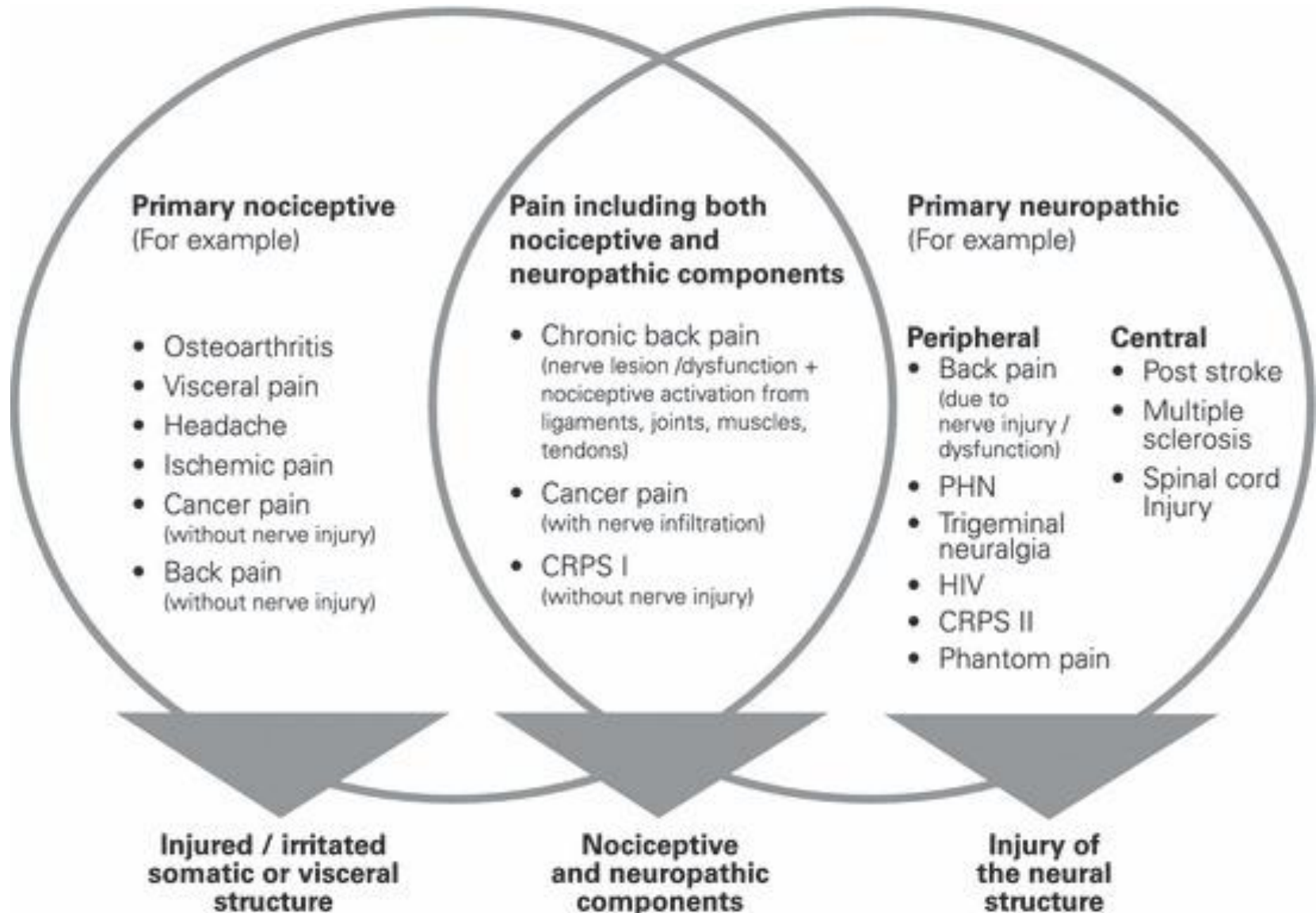


DIAGNOSI

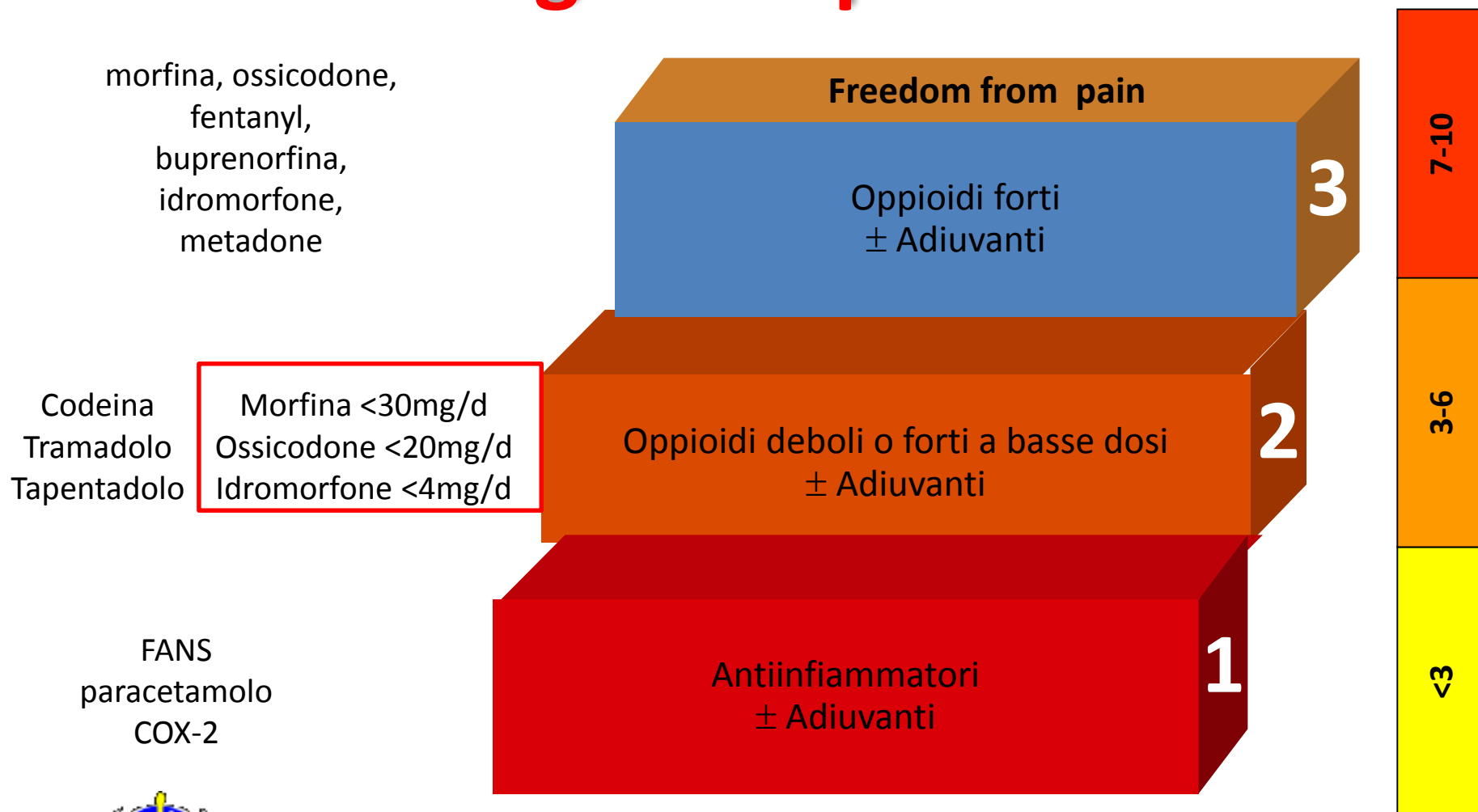


TERAPIA

Le principali tipologie di dolore



Strategie terapeutiche



La scala OMS del 2012

Ruolo delle cure palliative

Le cure palliative iniziano quando inizia la sofferenza del malato e della sua famiglia



Conclusioni

- Il dolore è un sintomo frequente nelle persone con ID
- Il dolore è difficile da comprendere e può essere espresso in modo differente
- Il dolore viene “oscurato” è di conseguenza non viene trattato
- Un corretto assessment è fondamentale per un trattamento appropriato
- Trattare anticipatamente il dolore procedurale
- Una soluzione è certamente la formazione del personale

#Because

World Hospice and Palliative Care Day 13 October 2018

Everyone, everywhere should get the care
they need when facing serious illness.



Il Papavero - Der Mohn
Associazione di volontariato
a sostegno delle cure palliative

**IN-VITA
UN SORRISO**

INCONTRO CON:

Patch Adams
Il sorriso
come terapia

SABATO 27 OTTOBRE 2018

dalle ore 16.30 alle 18.30

