

Con il patrocinio di



Non male!

**INDICAZIONI PRATICHE PER CONOSCERE
E GESTIRE IL DOLORE CRONICO**



Realizzato con un contributo incondizionato di:



Non male!

**INDICAZIONI PRATICHE PER CONOSCERE
E GESTIRE IL DOLORE CRONICO**



Copyright © 2023 by EDRA S.p.A.

Ludovico Baldessin
Chief Executive Officer

Susanna Garofalo
Project Director

Silvia Conti
Head of Editorial Solutions

Monica Celano
Editorial Project Manager

Stampa: giugno 2023

Pubblicazione realizzata con il contributo di Molteni Farmaceutici e Shionogi

Fuori commercio

La medicina è una scienza in perenne divenire. Nelle nozioni esposte in questo volume si riflette lo “stato dell’arte”, come poteva essere delineato al momento della stesura in base ai dati desumibili dalla letteratura internazionale più autorevole. È soprattutto in materia di terapia che si determinano i mutamenti più rapidi: sia per l’avvento di farmaci e di procedimenti nuovi, sia per il modificarsi, in rapporto alle esperienze maturate, degli orientamenti sulle circostanze e sulle modalità d’impiego di quelli già in uso da tempo. Gli Autori, l’Editore e quanti altri hanno avuto una qualche parte nella stesura o nella pubblicazione del volume non possono essere ritenuti in ogni caso responsabili degli errori concettuali dipendenti dall’evolversi del pensiero clinico; e neppure di quelli materiali di stampa in cui possano essere incorsi, nonostante tutto l’impegno dedicato a evitarli. Il lettore che si appresti ad applicare qualcuna delle nozioni terapeutiche riportate deve dunque verificarne sempre l’attualità e l’esattezza, ricorrendo a fonti competenti e controllando direttamente sul riassunto delle caratteristiche del prodotto allegato ai singoli farmaci tutte le informazioni relative alle indicazioni cliniche, alle controindicazioni, agli effetti collaterali e specialmente alla posologia.

BOARD SCIENTIFICO

Prof. Lorenzo Antonuzzo - Unità Operativa di Oncologia Clinica, Policlinico Universitario Careggi, Firenze, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze

Dott.ssa Lara Bellardita - Psicologa, Psicoterapeuta, PhD, Centri Psicologia Clinica, Milano

Dott.ssa Carolina Carosio - Farmacista Territoriale, Past President Fenagifar, Savona

Prof. Arturo Cuomo - Direttore Struttura Complessa Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica, IRCCS Fondazione Pascale, Napoli

Dott. Renato Fanelli - MMG - ASL Roma 1, Esperto in Cure Palliative, Oncologo

Dott.ssa Silvia Galeri - Direttore UOC Riabilitazione Specialistica, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Prof. Francesco Landi - Responsabile dell'Unità di Medicina Interna Geriatrica del Dipartimento di Geriatria della Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCSS, già Presidente SIGG Roma

Prof. Biagio Moretti - Direttore UOC Ortopedia e Traumatologia Universitaria-Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico", Bari

Prof.ssa Silvia Natoli - Professore Associato di Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore, Università di Roma Tor Vergata e IRCCS Maugeri, Pavia

Dott.ssa Tiziana Nicoletti - Responsabile Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e rari (CnAMC) di Cittadinanzattiva

Dott.ssa Ombretta Para - Medicina Interna 1, AOU Careggi Firenze - Referente Nazionale Giovani Internisti FADOI

Dott. Francesco Rifino - Dirigente Medico UOC Ortopedia e Traumatologia Universitaria-Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico", Bari

Prof. Daniele Santini - Direttore UOC Oncologia A, Policlinico Umberto 1, Roma, La Sapienza Università di Roma

SOMMARIO

BOARD SCIENTIFICO	3
INTRODUZIONE	7
CAPITOLO 1	
COSA È IL DOLORE: CLASSIFICAZIONE DEI VARI TIPI DI DOLORE	9
Definizione di dolore cronico	9
La percezione individuale del dolore	10
L'impatto sociale e familiare del dolore	11
La preparazione alla cura.....	12
CAPITOLO 2	
IL DOLORE NEL PAZIENTE ANZIANO	13
Tipi di dolore nel paziente anziano	13
Consigli per alleviare il dolore: terapie farmacologiche	13
Consigli per alleviare il dolore: terapie non farmacologiche.....	16
CAPITOLO 3	
IL DOLORE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO	17
Tipi di dolore nel paziente oncologico.....	17
Consigli per alleviare il dolore: terapie farmacologiche	18
Consigli per alleviare il dolore: terapie non farmacologiche.....	20
CAPITOLO 4	
IL DOLORE NEL PAZIENTE ORTOPEDICO	21
Tipi di dolore nel paziente ortopedico.....	21
Consigli per alleviare il dolore: terapie farmacologiche	21
Consigli per alleviare il dolore: terapie non farmacologiche.....	22

CAPITOLO 5

TERAPIE FARMACOLOGICHE:

CONSIGLI SU COME GESTIRE GLI EFFETTI INDESIDERATI 25

Raccomandazioni per il paziente..... 25

Effetti collaterali da oppioidi 26

Effetti collaterali da antinfiammatori 27

Consigli alimentari..... 27

CAPITOLO 6

TECNICHE PER ALLEVIARE IL DOLORE 29

La riabilitazione per il dolore cronico 29

Tecniche di Mindfulness..... 29

Il supporto psicologico 31

CAPITOLO 7

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E L'IMPORTANZA

DELL'APPROCCIO MULTIMODALE NELLA GESTIONE DEL DOLORE..... 33

Le reti territoriali: percorsi per prenotazione visite ed esenzioni 33

A chi rivolgersi: specialisti di riferimento per patologie algiche secondo
le classificazioni internazionali 34

Il ruolo della Telemedicina..... 35

CAPITOLO 8

IL RUOLO DEL FARMACISTA: COSA SI PUÒ FARE IN FARMACIA..... 37

La comunicazione in farmacia 37

La farmacia come HUB territoriale..... 37

CAPITOLO 9

CAPITOLO LEGISLATIVO: DIRITTI AMMINISTRATIVI PER IL MALATO 39

Invalidità civile (Legge 118/71 e Legge 509/88)..... 39

Tutela dell'handicap e delle disabilità (Legge 104/92) 40

Esenzione dalla partecipazione alla spesa farmacologica per la terapia
del dolore cronico (Decreto MEF 17/03/08 allegato 12)..... 40

Esenzione dalla partecipazione alla spesa farmacologica per la terapia
del dolore cronico (Decreto MEF 17/03/08 allegato 12) Codice TDL o TDL01..... 41

Cure palliative e terapia del dolore: Legge 38 del 15 marzo 2010 42

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO 43

INTRODUZIONE

Il dolore rappresenta una tra le manifestazioni più ricorrenti di malattia e tende a minare in maniera significativa la qualità della vita della persona che ne soffre, avendo spesso un impatto anche nella sfera familiare, sociale ed economica.

Il presente fascicolo nasce dall'analisi dei risultati di una survey condotta su un totale di 1.688 persone che soffrono di dolore o che si prendono cura di chi soffre di dolore. Dall'analisi delle risposte, è emerso come ancora oggi, in Italia, il paziente trovi difficoltà nella gestione del dolore e spesso, prima di raggiungere una presa in carico efficace della sua condizione, incontra barriere nell'accesso alle cure. La **mancaza di informazioni (scarsa conoscenza del medico a cui rivolgersi; scarsa conoscenza delle strutture di riferimento; scarsa conoscenza della rete territoriale per il trattamento del dolore cronico) e la difficoltà di accesso alle cure (lungi tempi di attesa; scarsa programmazione delle visite; assenza di una presa in carico multidisciplinare)** sono le principali problematiche evidenziate dai cittadini. A questo si aggiunge la necessità di avere maggiori informazioni sulla gestione delle terapie farmacologiche e non, sugli stili di vita appropriati, oltre che informazioni pratiche sui diritti del cittadino che soffre di dolore (esenzione, invalidità, centri di riferimento).

Pertanto, lo scopo del fascicolo è quello di fornire informazioni semplici di natura clinica e farmacologica oltre ad un supporto su cosa fare, dove andare, chi interpellare nel caso di dolore, come funziona la rete territoriale, cosa aspettarsi da una terapia farmacologica e non.

Il fascicolo è strutturato in 9 capitoli: i primi 4 approfondiscono la tematica del dolore cronico non oncologico ed oncologico; i capitoli 5 e 6 forniscono raccomandazioni e consigli sulla gestione delle terapie farmacologiche e non farmacologiche; gli ultimi 3 capitoli offrono una breve descrizione della rete territoriale per il trattamento del dolore cronico e dei diritti del malato.

CAPITOLO 1

COSA È IL DOLORE: CLASSIFICAZIONE DEI VARI TIPI DI DOLORE

DEFINIZIONE DI DOLORE CRONICO

Il dolore, sebbene sia un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, è un meccanismo fisiologico fondamentale per la sopravvivenza dell'individuo. Infatti, il dolore rappresenta un segnale di danno effettivo o potenziale a tessuti e organi e la sua percezione permette di riconoscere il pericolo e induce ad allontanarsi da esso. Pertanto, di per sé il dolore ha un valore funzionale - è utile - e rappresenta il segnale che il corpo manda per indicare un danno ai tessuti e organi e per stimolare una corretta risposta di adattamento.

Quando il dolore dura troppo a lungo non svolge più in maniera efficace questa funzione protettiva e da “sintomo positivo” diventa esso stesso “malattia”. Il dolore viene considerato CRONICO quando dura da più di tre mesi, quando persiste oltre il normale tempo di guarigione o quando si associa ad una patologia cronica e si presenta in modo continuativo o intermittente. La persistenza di questo tipo di dolore è più facilmente associata a depressione, ansia, disturbi del sonno e riduzione dell'autonomia della persona che ne soffre.

La classificazione del dolore basata sui processi alla base della sua insorgenza distingue tra dolore nocicettivo, neuropatico e nociplastico.

DOLORE NOCICETTIVO

Il dolore NOCICETTIVO è legato alla continua attivazione delle fibre nervose della sensibilità dolorifica e si tratta di un dolore che nasce da un danno a livello dei tessuti, somatico o viscerale. Nel dolore nocicettivo gli impulsi sono generati da stimoli a livello delle terminazioni nervose poste nei vari tessuti (nocicettori periferici) che costituiscono il punto di partenza della via del dolore.

Il dolore nocicettivo è legato ai processi infiammatori o ad alterazioni meccaniche strutturali. Se l'evento che provoca dolore è tale da determinare un danno ai nostri tessuti, i processi infiammatori necessari per la riparazione del danno modificano la



sensazione di dolore. Infatti, quando c'è infiammazione, percepiamo dolore anche in assenza di uno stimolo potenzialmente nocivo. Questo perché si abbassa la soglia del dolore e si amplifica l'area di dolore.

In questo caso parliamo di dolore INFIAMMATORIO, che, se persiste nel tempo, può determinare notevole disabilità e limitazione funzionale. Tuttavia, curando l'infiammazione o la patologia che ha determinato l'infiammazione, o modulando le vie nervose che producono dolore, si può trattare questa forma di dolore in modo efficace. Esistono condizioni che non si possono curare, come patologie infiammatorie croniche, tumori in stadio avanzato o semplicemente degenerazione delle strutture muscolo-scheletriche legate all'età. In questi casi, **il dolore si può modulare e ridurre se il malato viene inserito in un percorso di cura.**

DOLORE NEUROPATICO

Ci sono situazioni in cui il dolore genera da una lesione di quella parte del sistema nervoso deputato alla trasmissione della sensibilità. Sebbene non tutte le lesioni dei nervi determinino dolore, quando questo avviene, il dolore diventa difficile da trattare e gli sforzi terapeutici per ottenere una riduzione del dolore necessitano di terapie farmacologiche complesse e/o di metodiche tecnologicamente avanzate. In questo caso si parla di DOLORE NEUROPATICO, che deve essere **gestito in maniera multidisciplinare** e, analogamente al dolore infiammatorio, **attraverso un percorso di cura.**

DOLORE NOCIPLASTICO

Ci sono forme di dolore in cui non è evidenziabile la causa né in un danno dei tessuti né in una lesione nervosa. In tali casi si pensa che ci sia una modificazione della capacità del nostro sistema nervoso di "processare" il dolore. L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce questo tipo di dolore "dolore cronico primario" ed il meccanismo che lo genera viene definito "NOCIPLASTICO". Una forma comune di questo tipo di dolore è la fibromialgia, ma ne esistono molte altre. I farmaci sono poco efficaci nel trattamento di queste forme di dolore e, più che mai, è necessario un approccio multidisciplinare ed una presa in carico a 360 gradi in un percorso di cura.

LA PERCEZIONE INDIVIDUALE DEL DOLORE

La percezione del dolore è un'esperienza personale complessa, influenzata sia da fattori biologici che da fattori psicologici e sociali. Infatti, non tutte le persone che soffrono di dolore cronico rispondono esattamente allo stesso modo. C'è una componente soggettiva che va presa in considerazione, tanto che quando si parla di dolore si distingue

tra “nocicezione”, con cui si fa riferimento ai meccanismi di trasmissione della sensazione di dolore, e “dolore” inteso come un’esperienza sensoriale ed emotiva.

Gli aspetti psicologici giocano un ruolo importante sia nella percezione del dolore sia nella sua gestione: le ricerche hanno ampiamente dimostrato che la personalità, gli atteggiamenti, le convinzioni e le aspettative rispetto alla criticità della propria situazione e le risorse che si hanno a disposizione influenzano l’esperienza del dolore in maniera determinante.

Inoltre, molte persone che soffrono di dolore cronico sviluppano, sulla base della loro rappresentazione soggettiva, la convinzione che non ci sono risposte efficaci alla propria condizione. Questo può determinare una “visione catastrofica” della situazione e la convinzione personale che nulla potrà migliorare. Si crea quindi un circolo vizioso in cui il paziente convinto di non poter in alcun modo sfuggire al proprio dolore non farà nulla per cercare di migliorare la propria condizione, con un conseguente inevitabile peggioramento o comunque senza nessun miglioramento.

Pertanto, nella presa in carico del paziente e nella programmazione del percorso di cura vanno considerati sia gli aspetti terapeutici farmacologici sia il supporto alla persona con terapie non farmacologiche, adottando un approccio multidisciplinare.

L’IMPATTO SOCIALE E FAMILIARE DEL DOLORE

Il dolore cronico ha un impatto a livello individuale, familiare e sociale, poiché rappresenta una difficoltà per chi ne soffre, per le persone che vivono a stretto contatto, per il sistema sanitario e per la società.

Chi soffre di dolore cronico tende a organizzare le proprie giornate in funzione del proprio dolore, e spesso le scelte che riguardano il lavoro, gli hobby e le relazioni vengono condizionate dal dolore stesso, con il risultato di una qualità di vita significativamente compromessa: spesso si evita di incontrare gli amici e uscire di casa, mettendosi così in una situazione di isolamento sociale che incide molto negativamente sul benessere psicologico.

I problemi che possono emergere sono anche di natura economica: molte persone che soffrono di dolore cronico hanno limitazioni sul lavoro e corrono anche il rischio di perderlo, con un impatto sull’aspetto economico ma anche sul senso di auto-stima e sull’immagine che la persona ha di sé. Le problematiche economiche sono anche legate alla tipologia di costi indiretti, quali possono essere l’assenza dal lavoro, oppure gli accessi ripetuti al Pronto Soccorso.

È quindi importante coinvolgere i familiari quando si affronta una condizione di dolore. La ricerca ha messo in evidenza che quando





familiari e amici forniscono il giusto supporto, i pazienti affrontano meglio il percorso di cura con un miglioramento nella gestione del dolore. È consigliato coinvolgere la persona che soffre in attività piacevoli e fare insieme attività fisica, ma senza sostituirsi al paziente per evitare che “faccia fatica”. Infatti, se questa sostituzione può inizialmente alleviare l’esperienza di dolore, a lungo andare crea frustrazione in chi si è fatto carico dei compiti del paziente e aumenta il senso di inutilità, impotenza e mancanza del paziente. Ad esempio, se la persona affetta da dolore cronico non può dare una mano nei lavori di casa, può magari occuparsi di cucinare o di gestire l’amministrazione familiare, in maniera tale che all’interno della famiglia ci sia un’equa distribuzione dei compiti che faccia sentire tutti i membri partecipi e utili e nessuno oltremodo sovraccarico.

LA PREPARAZIONE ALLA CURA

Il trattamento per il dolore cronico ha come obiettivo il sollievo dal dolore ed il miglioramento della qualità di vita e prevede di adottare strategie continuative, durature e che seguano l’andamento del dolore stesso.

La definizione del piano di cura ottimale richiede il riconoscimento dello stato di malattia, la diagnosi delle cause sottostanti il dolore cronico, la sede, l’intensità e le variazioni nel tempo ed un attento e continuo monitoraggio dell’efficacia delle opzioni terapeutiche e degli interventi non farmacologici adottati. È altresì importante far comprendere alla persona che anche se il dolore non si cura definitivamente lo si può gestire al meglio e raggiungere una qualità di vita migliore.

CAPITOLO 2

IL DOLORE NEL PAZIENTE ANZIANO

TIPI DI DOLORE NEL PAZIENTE ANZIANO

Il dolore nel paziente anziano è spesso una condizione sottovalutata, sotto-trattata o trattata solo al bisogno. Questa situazione è correlata al fatto che la valutazione del dolore in questa popolazione, così come la sua gestione, è spesso difficile poiché nel paziente anziano, soprattutto se fragile e affetto da diverse patologie croniche, può essere complesso individuare una singola causa di dolore.

Le persone anziane sono maggiormente affette da patologie dolorose che riguardano l'apparato osteoarticolare (colonna vertebrale, anche, ginocchia, spalla, pregresse fratture), respiratorio e cardiovascolare, ma anche neuropatie, sindromi dolorose generalizzate, cefalea, crampi muscolari. Negli anziani, inoltre, il dolore può essere associato ad altre condizioni patologiche che possono modificarne la tipologia, le caratteristiche e l'intensità.

Spesso le cause del dolore non sono reversibili o non possono essere eliminate con il solo intervento farmacologico. Inoltre, il pregiudizio che il dolore cronico sia una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento influenza la qualità della comunicazione tra medico e paziente. Il paziente stesso tende infatti a sottostimare l'importanza di comunicare la presenza del dolore – sia esso acuto o cronico – riducendo le possibilità di una gestione ottimizzata del dolore. Inoltre, nel caso in cui il paziente sia affetto da deficit cognitivi o depressione, la comunicazione rischia di essere ancor più inficiata ed il problema rischia di essere minimizzato da entrambe le parti – sia dal medico che dal paziente e/o dal suo caregiver.

CONSIGLI PER ALLEVIARE IL DOLORE: TERAPIE FARMACOLOGICHE

La principale strategia per il trattamento del dolore cronico nell'anziano è la terapia farmacologica che, vista la fragilità del paziente, prevede un approccio graduale basato sulla valutazione dell'intensità del dolore e sulla personalizzazione della cura.



La personalizzazione del trattamento ha lo scopo di garantire una copertura ottimale del dolore, introducendo un farmaco alla volta e aumentando gradualmente il dosaggio del farmaco fino alla posologia minima necessaria, in modo da minimizzare l'insorgenza di potenziali effetti avversi. Infatti, nel paziente anziano, la gestione della terapia è complicata dalla frequente presenza di più malattie croniche che implica l'utilizzo di più farmaci al giorno (politerapia), fattori che vanno ad aumentare il rischio di interazioni farmaco-farmaco e malattia-farmaco, incrementando il rischio di effetti collaterali. Inoltre, nell'approccio alla terapia del dolore bisogna inoltre tenere conto di alterazioni fisiologiche che avvengono con l'invecchiamento, come la riduzione della funzionalità epatica e renale, e che possono alterare la farmacocinetica e la farmacodinamica dei farmaci e quindi la loro efficacia e la loro sicurezza.

È sempre preferibile utilizzare la via orale di somministrazione, che rappresenta la più fisiologica e la meno invasiva per trattamenti di lunga durata, e possibilmente scegliere formulazioni a rilascio prolungato per favorire l'aderenza alla terapia.

La valutazione dell'intensità del dolore determina la scelta del farmaco da utilizzare, come è stato suggerito dalla Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1986. Questo approccio, sebbene possa essere considerato "obsoleto", in tempi più recenti, la scelta terapeutica è guidata dal meccanismo di dolore e non dall'intensità, ha il vantaggio di rendere la gestione del dolore accessibile anche ai non esperti, garantendo una precocità di intervento e limitando ai casi "difficili" la visita specialistica.

DOLORE LIEVE e DOLORE LIEVE-MODERATO

Per la gestione del dolore lieve o lieve-moderato principalmente di origine muscolo-scheletrica, il **paracetamolo** è il farmaco di prima scelta e può essere utilizzato cronicamente e quotidianamente anche per lunghi tempi. Il suo uso è controindicato in caso di insufficienza epatica

Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei (FANS): Aceclofenac, Acido Mefenamico, Acido tiaprofenico, Aspirina (alte dosi), Dexibuprofene, Dexketoprofene, Diclofenac, Flurbiprofene, Ibuprofene, Indometacina, Ketoprofene, Ketorolac, Meloxicam, Nabumetone, Naprossene, Nimesulide, Piroxicam, Proglumetacina, Tenoxicam

Farmaci Antinfiammatori Inibitori della Ciclossigenasi (COXIB): Etoricoxib, Celecoxib

I **farmaci antinfiammatori** (FANS e COXIB) possono essere utilizzati con estrema cautela e per brevi periodi soprattutto nell'anziano fragile e con varie patologie, per

il rischio di eventi avversi farmaco-relati. Infatti, i FANS sono stati associati a circa il 23% dei ricoveri ospedalieri per reazioni avverse da farmaci nell'anziano. Per ridurre la tossicità gastrica (rischio di ulcera e sanguinamenti) i pazienti dovrebbero sempre assumere un protettore gastrico (inibitore di pompa o misoprostolo).

Sia i FANS che i COXIB sono controindicati nei pazienti con precedenti cardiovascolari, ulcera attiva e insufficienza renale.

Farmaci Oppioidi

Buprenorfina, Codeina, Diidrocodeina, Fentanil, Idrocodone, Idromorfone, Metadone, Morfina, Ossicodone, Ossimorfone, Sufentanil (sublinguale), Tapentadolo, Tramadolo

DOLORE MODERATO-SEVERO

Per la gestione del dolore moderato-severo, gli **oppioidi** sono la classe di farmaci che vengono utilizzati in maniera solitamente efficace, soprattutto quando la presenza del dolore influenza la qualità di vita ed influisce sulle relazioni sociali e sullo stato funzionale, la scelta del farmaco più appropriato deve essere fatta in base alle caratteristiche del dolore e non alla potenza dell'oppioide, pertanto in un paziente con dolore moderato-severo si può utilizzare direttamente un oppioide forte a basso dosaggio.

L'utilizzo di oppioidi in pazienti anziani richiede un aumento graduale del dosaggio e l'adozione della dose minima efficace. Infatti gli oppioidi si mantengono attivi più a lungo nell'organismo del paziente anziano ed il loro metabolismo può essere alterato, sia per alterazioni fisiologiche a livello della funzionalità epatica, sia per un ridotto peso corporeo, sia per la possibile interazione con altri farmaci quali antipertensivi, antiaritmici, antidepressivi o gastroprotettori.

Inoltre, gli oppioidi possono determinare alcune condizioni, come la stipsi, che nel paziente anziano può indurre l'insorgenza di delirium, una delle sindromi geriatriche più complesse da gestire. Infine, se utilizzati in concomitanza di altri farmaci, possono favorire l'insorgenza di ipotensione ortostatica e di sindrome vertiginose incrementano il rischio di cadute.

Nella pianificazione della terapia con oppioidi è opportuno programmare una terapia di fondo, con preparazioni a lento rilascio, che copra il dolore in modo costante, da associare all'uso di preparazioni a rilascio immediato che il paziente possa assumere al bisogno in caso di dolore acuto.

Talvolta può essere utile l'inserimento in terapia di **farmaci adiuvanti** quali i farmaci antidepressivi e gli antiepilettici, come in caso di dolore neuropatico.





Raccomandazioni per il paziente e/o il caregiver

1. Tutti i farmaci, se assunti in maniera inappropriata possono avere conseguenze anche gravi.
2. La terapia del dolore deve essere sempre prescritta da un medico e condivisa con il paziente.
3. Evitare di assumere farmaci e integratori in autoprescrizione, in quanto potrebbero avere interazioni con i farmaci già assunti in politerapia con conseguenze anche gravi per la salute.
4. Rispettare la posologia e gli orari di somministrazione indicati in ricetta, compresa l'assunzione prima o dopo i pasti. Data la frequenza di pazienti anziani in politerapia, l'utilizzo di un porta pillole giornaliero/settimanale può essere utile per facilitare l'assunzione corretta dei farmaci. È importante attenersi alle indicazioni fornite dal proprio medico.
5. Consultare il foglietto illustrativo per conoscere i possibili effetti indesiderati. In caso di dubbio su possibili effetti collaterali parlare con il proprio medico oltre che consultare il foglietto illustrativo.
6. Porre attenzione alle confezioni di farmaci generici leggendo sempre il nome della molecola e non solo il nome commerciale.

CONSIGLI PER ALLEVIARE IL DOLORE: TERAPIE NON FARMACOLOGICHE

L'attività fisica costante e/o eventuali percorsi di riabilitazione fisioterapica hanno mostrato una buona efficacia nella gestione del dolore cronico. Tali attività permettono di ridurre la posologia o la frequenza del trattamento farmacologico e aiutano la persona a ridurre lo stress legato al dolore e a migliorare la componente psicologica del dolore.

L'attività fisica costante non solo aiuta il controllo del dolore ma favorisce anche il mantenimento dell'autonomia della persona e riduce il rischio di perdita della massa e della forza muscolare (sarcopenia) e di fragilità, essendo addirittura in grado di invertire la traiettoria della fragilità. Inoltre, talvolta tali attività permettono di ridurre la posologia o la frequenza del trattamento farmacologico.

È fondamentale ridurre il contenimento motorio, migliorare il comfort dei presidi ed attivare tutte quelle iniziative capaci di rallentare la progressiva fragilità del paziente anziano (nutrizionale, emotiva, cognitiva, biofunzionale e socio-tutelare), il cui peggioramento può condurre al peggioramento dello stato doloroso.

Infine, nel paziente anziano si può prevedere una terapia antalgica invasiva (mesoterapia, infiltrazioni intra-articolari, blocchi perinervosi, ecc).

CAPITOLO 3

IL DOLORE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

TIPI DI DOLORE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Il dolore cronico nel paziente oncologico rientra solitamente in una delle seguenti categorie:

- Dolore nocicettivo: causato da un danno ai tessuti corporei; in genere descritto come acuto, intenso o lancinante. Il dolore nocicettivo può essere dovuto alla diffusione del cancro a ossa, muscoli o articolazioni oppure all'ostruzione di un organo o di un vaso sanguigno.
- Dolore neuropatico: dovuto a un effettivo danno neurologico; spesso descritto come una sensazione di bruciore o pesantezza o intorpidimento. Il dolore neuropatico è causato dalla pressione esercitata dalla massa tumorale su un nervo o gruppo di nervi e il dolore può non essere percepito nel punto in cui ha origine ma è un dolore che si irradia lungo il decorso del nervo lesionato.
- Dolore misto: è un dolore che presenta una componente nocicettiva e neuropatica allo stesso tempo. In questo caso il trattamento del dolore può risultare più difficile, in quanto non è sempre facile riconoscere tutte le componenti del dolore e gestirle in modo integrato.

A seconda della causa all'origine del dolore, questo può venire percepito dal paziente in modo differente:

- Sensazione di punture di spillo, alterazione della sensibilità, formicolii, scosse, bruciore, freddo: per compressione/infiammazione dei nervi (dolore neuropatico).
- Dolore sordo, profondo e/o pulsante: per compressione/infiltrazione di strutture muscolari o ossee.
- Dolore trafittivo/crampiforme: da compressione/ostruzione dei visceri e degli organi cavi come il tratto gastro-intestinale.

Oltre al dolore cronico, nel paziente oncologico si può manifestare un Dolore Episodico Intenso (D.E.I.), ossia di una temporanea esacerbazione del dolore che si verifica su un dolore cronico di base già trattato farmacologicamente con oppiacei, e



può insorgere per una causa prevedibile o non prevedibile. Il D.E.I. si caratterizza per una rapidità d'insorgenza, una breve durata e una natura autolimitante. È tipicamente un dolore di forte intensità, che appare improvvisamente nell'arco di pochi minuti, presenta una durata media di 20-40 minuti e può presentarsi più volte nel corso della giornata. La ripetitività degli episodi ha spesso un impatto importante sulla qualità di vita del paziente e per questo è fondamentale identificarlo e trattarlo con farmaci mirati.

Il dolore non significa solo ingravescenza della malattia.

Generalmente il paziente oncologico tende a identificare nel dolore un peggioramento della malattia di base. Tuttavia questo non è sempre vero. La presenza del dolore in un paziente oncologico può essere dovuta alla malattia stessa, ma talora non è espressione di un peggioramento della malattia.

Possono esistere infatti numerose condizioni cliniche in cui una componente iatrogena (quindi esterna alla malattia) può essere alla base del dolore. Tra queste si possono identificare: dolore post-chirurgico, dolore post-radioterapia, dolore post-chemioterapia, e dolore da trattamenti di supporto.

Talvolta il dolore può essere dovuto a complicanze legate alla malattia (come compressione delle radici spinali per una metastasi ossee oppure a infiltrazione della capsula che circonda il fegato per una metastasi epatica) senza che necessariamente questo sia dovuto all'ingravescenza della malattia.

Il dolore oncologico può inoltre presentarsi a causa della liberazione di alcune sostanze (citochine) prodotte dal tumore stesso o anche dalle cellule sane in risposta ai vari tipi di trattamento. Tali sostanze rappresentano una risposta che l'organismo stesso mette in atto come meccanismo di difesa a farmaci e/o procedure esterne e che sono in grado di attivare uno stato di infiammazione generale dell'organismo stesso. Possono quindi essere alla base di una percezione dolorosa abnorme causata da stimoli anche di lieve entità (fenomeno chiamato iperalgesia).

CONSIGLI PER ALLEVIARE IL DOLORE: TERAPIE FARMACOLOGICHE

La strategia terapeutica per il trattamento del paziente con dolore oncologico si basa principalmente sulla valutazione dell'intensità del dolore, che va ad indirizzare la scelta del farmaco più appropriato. Questo approccio è stato suggerito dalla Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1986; sebbene possa essere considerato "obsoleto", (in tempi più recenti la scelta terapeutica è guidata dal meccanismo di dolore e non dall'intensità), ha il vantaggio di rendere la gestione del dolore accessibile anche ai non esperti, garantendo una precocità di intervento e limitando ai casi "difficili" la visita specialistica.

A questo fine si utilizzano delle “scale analgesiche” che vengono sottoposte al paziente per definire l’intensità del dolore. la scala NRS (Numerical Rating Scale) è una scala numerica da zero a dieci, in cui 0= nessun dolore, 10= massimo dolore immaginabile.

DOLORE LIEVE (valore 1-3 su una scala NRS da 0 a 10)

Per la gestione del dolore di lieve intensità i **farmaci antinfiammatori** sono consigliati come prima scelta. Va comunque considerata la tipologia del dolore per giustificare un utilizzo costante e preventivo di tali farmaci. Il loro uso è controindicato nei pazienti >65 anni, in pazienti trattati con anticoagulanti o steroidi, in pazienti con precedenti cardiovascolari, ulcera attiva e insufficienza renale.

DOLORE LIEVE-MODERATO (valore 4-6 su una scala NRS da 0 a 10)

Per la gestione del dolore lieve-moderato non controllato da FANS è raccomandato l’utilizzo di **oppioidi** in monoterapia o associati ad antinfiammatori. La scelta del farmaco più appropriato dipende dalle caratteristiche del dolore e dalla valutazione del paziente, la terapia viene iniziata utilizzando la dose minima efficace).

DOLORE SEVERO (valore 7-10 su una scala NRS da 0 a 10)

Per la gestione del dolore grave è raccomandato l’utilizzo di **oppioidi** in monoterapia o associati ad antinfiammatori. Si preferisce generalmente la somministrazione orale a lento rilascio. Le vie transdermica ed endovenosa sono raccomandate in pazienti che hanno difficoltà a deglutire o che presentino disfunzioni renali. Se con l’utilizzo di un farmaco oppioide non c’è un controllo ottimale del dolore, è previsto il passaggio ad un farmaco diverso della stessa categoria.

DOLORE EPISODICO INTENSO (D.E.I)

I farmaci impiegati per trattare il D.E.I possono essere di vario tipo. I farmaci frequentemente utilizzati in ambito oncologico sono rappresentati da farmaci oppioidi con una rapida insorgenza dell’azione analgesica e con una durata breve dell’effetto (ad esempio formulazioni orali di morfina, o transmucosali di fentanil). Le caratteristiche di questi farmaci li rendono tra i più sicuri, maneggevoli ed efficaci per contrastare e controllare il D.E.I.

Farmaci Antinfiammatori Non-Steroidei (FANS)

Aceclofenac, Acido Mefenamico, Acido tiaprofenico, Aspirina (alte dosi), Dexibuprofene, Dexketoprofene, Diclofenac, Flurbiprofene, Ibuprofene, Indometacina, Ketoprofene, Ketorolac, Meloxicam, Nabumetone, Naprossene, Nimesulide, Piroxicam, Proglumetacina, Tenoxicam

Farmaci antinfiammatori Inibitori della Ciclossigenasi (COXIB)

Etoricoxib, Celecoxib





Farmaci Oppioidi

Buprenorfina, Codeina, Diidrocodeina, Fentanil, Idrocodone, Idromorfone, Metadone, Morfina, Ossicodone, Ossimorfone, Sufentanil (sublinguale), Tapentadolo, Tramadolo

Raccomandazioni per il paziente e/o il caregiver

1. Per prevenire la comparsa del dolore è utile assumere il farmaco ad intervalli fissi, quindi prenderlo sempre alla stessa ora.
2. L'assunzione del farmaco per via orale dovrebbe essere la via preferenziale, a meno che non sia controindicata.
3. La scelta di farmaco, la dose e gli intervalli di somministrazione devono essere adatti alle esigenze del singolo paziente.
4. È importante cercare di prevenire o di minimizzare la comparsa degli effetti collaterali legati alla terapia (principalmente stipsi, nausea e vomito, disidratazione). In caso di presenza di effetti collaterali è utile parlarne e rivolgersi al proprio medico.

CONSIGLI PER ALLEVIARE IL DOLORE: TERAPIE NON FARMACOLOGICHE

La gestione non farmacologica del dolore cronico nel paziente oncologico viene facilitata sia da un approccio fisioterapico, sia da un approccio psicologico.

L'approccio fisioterapico si utilizza come adiuvante in situazioni di dolore concomitante a quello oncologico associato alla terapia; l'approccio di tipo psicologico, soprattutto in pazienti con malattia grave, arriva anche ad essere una alternativa al trattamento farmacologico.

Le tecniche di pertinenza psicologica sono numerose e la loro scelta dipende principalmente dalla consapevolezza della persona e dallo stato emotivo. Il paziente deve essere guidato da uno psicologo dedicato alle problematiche del dolore cronico. Le tecniche proposte possono essere varie. Tra queste: tecniche immaginative o di ristrutturazione cognitiva; tecniche di rilassamento; training autogeno; ipnosi; tecniche legate prevalentemente al lavoro sul pensiero, spostando il focus dallo stimolo doloroso; impiego di immagini o di metafore.

IL DOLORE NEL PAZIENTE ORTOPEDICO

TIPI DI DOLORE NEL PAZIENTE ORTOPEDICO

Il dolore cronico colpisce frequentemente il sistema muscolo-scheletrico, come le ossa o le articolazioni, ed è uno dei sintomi predominanti in ambito ortopedico. Il dolore è generalmente di natura progressiva, iniziando lentamente e peggiorando continuamente nel tempo. Nella maggior parte dei casi si tratta di dolore di tipo nocicettivo, anche se può coesistere un dolore di natura neuropatica o mista. Considerando le cause muscolo-scheletriche, l'artrosi e la lombalgia cronica rappresentano le condizioni più frequenti; a queste si affiancano osteoporosi, borsiti e dolore articolare cronico.

- Artrosi: condizione comune causata da usura e invecchiamento delle articolazioni, con conseguente infiammazione delle articolazioni, dolore e rigidità.
- Lombalgia cronica: presenza di dolore, tensione o rigidità muscolare localizzata nella zona lombare, che può essere causato da affaticamento muscolare, ernia del disco, malattia degenerativa del disco e altre condizioni.
- Osteoporosi: malattia che indebolisce le ossa, rendendole più suscettibili a fratture.
- Borsite: condizione che provoca infiammazione nelle sacche piene di liquido che attutiscono le articolazioni.
- Dolore articolare cronico: dolore che colpisce le articolazioni e può essere causato da artrite o altre condizioni ortopediche.

CONSIGLI PER ALLEVIARE IL DOLORE: TERAPIE FARMACOLOGICHE

Obiettivo di trattamento del dolore cronico ortopedico è il recupero della funzionalità e il miglioramento della qualità di vita, al di là della sola riduzione dell'intensità del dolore. Si ricorre all'utilizzo di farmaci solamente se la persona non trova beneficio dalle terapie non farmacologiche e l'approccio farmacologico dovrebbe associarsi sempre a trattamenti di tipo non farmacologico.



La scelta del farmaco più appropriato si basa sul tipo di dolore e dalla sua intensità.

Per il dolore nocicettivo (incluso quello a prevalente componente infiammatoria), gli antinfiammatori ad uso topico (creme, gel, cerotti) o ad uso orale sono considerati i trattamenti di prima scelta per l'osteoartrosi e altre condizioni infiammatorie acute (es., tendinite), mentre non sono adatti per le forme infiammatorie croniche. Tuttavia, cicli brevi di antinfiammatori per via orale sono ampiamente utilizzati per trattare la lombalgia.

L'utilizzo degli oppioidi è indicato nel caso di dolore cronico moderato-severo, non responsivo al trattamento con paracetamolo e/o antinfiammatori, o nel caso in cui i pazienti presentino controindicazioni all'utilizzo degli antinfiammatori.

Farmaci Antinfiammatori Non-Steroidei (FANS)

Aceclofenac, Acido Mefenamico, Acido tiaprofenico, Aspirina (alte dosi), Dexibuprofene, Dexketoprofene, Diclofenac, Flurbiprofene, Ibuprofene, Indometacina, Ketoprofene, Ketorolac, Meloxicam, Nabumetone, Naprossene, Nimesulide, Piroxicam, Proglumetacina, Tenoxicam

Farmaci antinfiammatori Inibitori della Ciclossigenasi (COXIB)

Etoricoxib, Celecoxib

Farmaci Oppioidi

Buprenorfina, Codeina, Diidrocodeina, Fentanil, Idrocodone, Idromorfone, Metadone, Morfina, Ossicodone, Ossimorfone, Sufentanil (sublinguale), Tapentadolo, Tramadolo

Per il dolore neuropatico, gli antidepressivi e i farmaci antiepilettici sono considerati i farmaci di prima scelta.

CONSIGLI PER ALLEVIARE IL DOLORE: TERAPIE NON FARMACOLOGICHE

Nel paziente con dolore cronico ortopedico, è consigliato iniziare un trattamento non farmacologico al fine di migliorare la funzionalità, le attività di vita quotidiana e la qualità della vita dei pazienti.

Tali approcci prevedono interventi sullo stile di vita, promuovendo la perdita di peso, se appropriato, l'esercizio fisico, una buona alimentazione e una corretta igiene del sonno, la cessazione del fumo ed eventuali modifiche ergonomiche quando indicato.

Esempi di terapia non farmacologica, sono inclusi di seguito:

- Esercizio fisico: passeggiate, yoga, tai chi, ginnastica in acqua.
- Fisioterapia: esercizio fisico terapeutico, stretching; programma personalizzato di esercizi domiciliari.
- Tecniche antalgiche: ghiaccio +/- calore, TENS, massaggi.
- Tecniche di igiene del sonno.
- Terapie comportamentali e psicologiche: educazione al dolore/alla salute, gestione dello stress, terapia di rilassamento, psicoterapia cognitiva comportamentale, mindfulness, attivazione sociale.
- Agopuntura: l'agopuntura ha dimostrato la sua efficacia principalmente nella gestione del mal di schiena (lombalgia), dolore al collo, artrosi al ginocchio, dolore cronico idiopatico, dolori muscoloscheletrici.



TERAPIE FARMACOLOGICHE: CONSIGLI SU COME GESTIRE GLI EFFETTI INDESIDERATI

RACCOMANDAZIONI PER IL PAZIENTE

Per ottimizzare l'efficacia della terapia del dolore, è importante riconoscere tempestivamente eventuali eventi avversi in modo da poter gestire il sintomo in maniera appropriata. Prima di assumere il farmaco il medico deve fornire tutte le informazioni utili al paziente, utilizzando un linguaggio chiaro e semplice.

Alcune raccomandazioni generali sono sicuramente valide per tutti i pazienti:

1. Parlare e confrontarsi con il proprio medico prima di assumere un nuovo farmaco e confrontarsi con lui/lei nel caso in cui il farmaco solitamente assunto non sia sufficiente a trattare efficacemente il dolore.
2. Rispettare la posologia, le modalità e i tempi di somministrazione del farmaco, in caso di interruzione informare subito il proprio medico. La scarsa aderenza alla terapia del dolore ha infatti un effetto diretto sul sintomo stesso e potrebbe indurre il medico a pensare di dover aumentare il dosaggio della terapia, innescando un circolo vizioso che incrementa il rischio di reazioni avverse dosaggio-relate. È pertanto preferibile che il medico abbia un quadro chiaro dell'assunzione del farmaco, che ci sia sincerità nella comunicazione e fiducia per impostare un piano di terapia valido e condiviso con il paziente.
3. Ridurre l'automedicazione e privilegiare un percorso di cura condiviso con il proprio medico curante e, se necessario, con gli specialisti nella terapia del dolore.
4. Non sottovalutare l'importanza di affiancare alla terapia farmacologica un eventuale percorso riabilitativo ed approcci non farmacologici e di adottare stili di vita sani che comprendano attività fisica e socializzazione.

Inoltre, in caso di comparsa di effetti indesiderati da farmaci è utile adottare degli accorgimenti:

- Conservare la/le confezioni da cui si è preso il farmaco per poterlo/i individuare facilmente.



- Riportare su un diario le modalità ed i tempi di comparsa degli stessi.
- Contattare/informare immediatamente il proprio medico.
- Solo in caso di eventi gravi (es: crisi allergiche importanti, emorragie gastroenteriche, alterazioni del sistema nervoso, sincopi) recarsi in pronto soccorso.

A questi consigli di tipo generale, il paziente può adottare accorgimenti specifici legati alle singole classi di farmaci utilizzati.

EFFETTI COLLATERALI DA OPIOIDI

Vi sono effetti collaterali legati al meccanismo d'azione dei farmaci oppioidi e che si manifestano fin da subito nella maggioranza dei pazienti (stitichezza, nausea-vomito, sonnolenza). È pertanto importante adottare alcuni accorgimenti specifici per minimizzarne la comparsa e l'impatto sulla efficacia della terapia e sulla qualità di vita del paziente.

Farmaci Oppioidi

Buprenorfina, Codeina, Diidrocodeina, Fentanil, Idrocodone, Idromorfone, Metadone, Morfina, Ossicodone, Ossimorfone, Sufentanil (sublinguale) Tapentadolo, Tramadolo

Prevenzione e trattamento della stipsi indotta da oppioidi (Opioid-Induced Constipation, OIC).

La stipsi da oppioidi è un evento avverso comune, costante e che si manifesta sin dall'inizio della terapia. Pertanto, al momento della prescrizione del farmaco oppioide è opportuno adottare stili di vita che facilitino la corretta funzionalità intestinale (dieta ricca di fibre, idratazione abbondante ed esercizio fisico) e, se non sufficienti, considerare l'utilizzo di un lassativo da utilizzare in modo regolare.

Nel caso in cui un paziente in terapia cronica e continuativa con oppioidi non abbia risposta alla stipsi dopo 3 giorni di trattamento con almeno due lassativi, è possibile la prescrizione da parte del medico di farmaci specifici, quali metilnaltrexone, naldemedina e naloxegol (PAMORAs), che vanno a ripristinare la normale funzionalità intestinale.

Controllo di nausea e vomito

Pur non essendo da tutti condiviso, in alcuni pazienti selezionati è consigliato utilizzare in via profilattica un farmaco anti-nausea (metoclopramide, domperidone, levopromazina ecc.) per la prevenzione di nausea e vomito.

Molti effetti collaterali che insorgono ad inizio terapia con oppiacei nell'arco di qualche giorno tendono a regredire spontaneamente (eccetto la costipazione) se non dovessero regredire è consigliabile fare riferimento al proprio medico di fiducia.

EFFETTI COLLATERALI DA ANTINFIAMMATORI

Il principale effetto collaterale dei farmaci antinfiammatori FANS è a carico dell'apparato digerente: bruciore di stomaco, gastriti, ulcera, emorragie intestinali. Tali eventi avversi non sembrano correlati alla durata del trattamento, tuttavia, poiché l'efficacia di tali farmaci è limitata da un effetto "tetto" (per cui si raggiunge una dose massima al di là della quale possono aumentare gli effetti collaterali ma non quello analgesico) il loro utilizzo è previsto per brevi periodi, inferiori a 3 mesi.

Per ridurre la tossicità gastrica i pazienti dovrebbero sempre assumere un protettore gastrico (inibitore di pompa o misoprostolo). Risulta inoltre utile evitare l'assunzione di alcolici, ridurre il fumo di sigaretta ed evitare l'associazione di più farmaci della stessa categoria.

A causa della tossicità a livello dell'apparato urinario (insufficienza renale) e dell'apparato cardiovascolare (effetti negativi sul cuore specie se in associazione a farmaci anticoagulanti, aumento della pressione arteriosa), è necessario valutare i rischi e benefici per il paziente e la durata della somministrazione.

Farmaci Antinfiammatori Non-Steroidei (FANS): Aceclofenac, Acido Mefenamico, Acido tiaprofenico, Aspirina (alte dosi), Dexibuprofene, Dexketoprofene, Diclofenac, Flurbiprofene, Ibuprofene, Indometacina, Ketoprofene, Ketorolac, Meloxicam, Nabumetone, Naprossene, Nimesulide, Piroxicam, Proglumetacina, Tenoxicam
Farmaci antinfiammatori Inibitori della Ciclossigenasi (COXIB): Etoricoxib, Celecoxib

CONSIGLI ALIMENTARI

La dieta può avere effetti positivi sul dolore cronico per diverse ragioni:

1. L'alimentazione può migliorare la funzionalità del sistema nervoso, immunitario ed endocrino, influenzando direttamente l'esperienza di dolore.
2. Perdere o mantenere il peso riduce il carico sulle articolazioni e gli stati infiammatori.
3. L'alimentazione e il peso corporeo influiscono sul rischio e/o sulla gravità di altre malattie croniche (ad es. malattie cardiovascolari, diabete, ansia e depressione) che spesso si verificano in concomitanza con il dolore cronico peggiorandolo.

Di seguito vengono riportati alcuni consigli alimentari che possono agire in maniera diretta o indiretta sul dolore e le sue cause.

- Frutta e verdura fresche (che contengono polifenoli) aiutano a ridurre l'infiammazione e proteggono il corpo dai danni ossidanti.





Ad ogni pasto principale, si dovrebbe riempire metà del piatto con le verdure e provare a mangiare verdure come spuntino.

- I grassi Omega-3 (contenuti nel pesce) e l'olio d'oliva aiutano entrambi a ridurre l'infiammazione e a migliorare il sistema immunitario. È consigliato mangiare un minimo di 2-3 porzioni di pesce azzurro a settimana e usare l'olio extra vergine di oliva al posto del burro anche per cucinare.
- Persone che soffrono di dolore hanno spesso carenze di vitamina D, vitamina B12 e magnesio. Carne, pesce e latticini sono buone fonti di vitamina B12, pesce e uova di vitamina D e verdure a foglia verde e cereali integrali sono ricchi di magnesio. La vitamina D può anche essere ottenuta dall'esposizione al sole.
- La disidratazione può aumentare la sensibilità al dolore. È raccomandato bere 2-3 litri di acqua al giorno. Una buona idratazione è raccomandata anche per contrastare la disidratazione da oppioidi.
- Aumentare l'apporto di fibre favorisce la salute dell'intestino. Una dieta ricca di fibre è raccomandata anche per ridurre la stipsi da oppioidi.
- L'apporto di zuccheri e cibi processati può aumentare l'infiammazione e peggiorare l'esperienza di dolore, pertanto è sconsigliato il loro uso.

CAPITOLO 6

TECNICHE PER ALLEVIARE IL DOLORE

LA RIABILITAZIONE PER IL DOLORE CRONICO

Il paziente con dolore cronico, soprattutto se causato da malattie articolari degenerative, infiammatorie e reumatologiche, può beneficiare di una presa in carico riabilitativa così come dell'attività fisica in senso più generale. Prima di avviare un programma di riabilitazione è sempre consigliato un consulto con il medico, per definire i tempi e le modalità corrette di effettuazione di cure riabilitative e per formulare un programma riabilitativo individuale.

L'esercizio fisico riabilitativo è indicato per controllare o migliorare la postura, ridurre la contrazione muscolare anomala, migliorare la mobilità articolare, migliorare la perfusione muscolare. In generale si può affermare che l'esercizio fisico riabilitativo favorisce il recupero della funzionalità persa o ridotta a causa del dolore. È importante ricordare che l'esercizio fisico non deve provocare dolore.

La terapia manuale, effettuata da medici specialisti e in associazione alla fisioterapia, può essere indicata per migliorare l'elasticità delle strutture muscolari e delle articolazioni.

L'attività riabilitativa è controindicata in presenza di una situazione di malattia di tipo neoplastico in fase avanzata; in tale condizione è indicato un tipo di mobilizzazione di mantenimento.

TECNICHE DI MINDFULNESS

La pratica della Mindfulness è uno degli strumenti che contribuiscono a rendere più sostenibile l'esperienza del dolore.

Il termine Mindfulness suggerisce l'idea di attenzione, consapevolezza, presenza mentale. La Mindfulness è consapevolezza *non reattiva* dell'esperienza del momento presente. La qualità della non reattività è quella che più interessa rispetto all'esperienza del dolore cronico. Infatti, la sofferenza del paziente è peggiorata dalle reazioni cognitive ed emotive che si associano all'esperienza del dolore (“non c'è nulla che posso fare”, “la mia vita è rovinata”, “non posso dedicarmi a nessuna attività”) oppure



da emozioni quali rabbia, vergogna, tristezza. Al contrario, essere consapevoli dell'esperienza in maniera non reattiva consente al paziente di non diventare "prigioniero" del proprio dolore cronico. Questa consapevolezza può essere migliorata con l'allenamento mentale, la pratica appunto della piena consapevolezza.

Il protocollo di pratica attualmente più diffuso nel mondo occidentale è conosciuto come MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) ovvero riduzione dello stress basato sulla Mindfulness. Il MBSR è costituito da 8 incontri in cui si apprendono i presupposti della pratica e si fanno esercizi prestabiliti. Negli ultimi anni sono stati sviluppate anche altre modalità più snelle per la pratica, spesso disponibili attraverso applicazioni come Headspace e molte altre.

Per un paziente con dolore cronico l'ideale sarebbe apprendere la pratica da un professionista sanitario che sia in grado di motivare e guidare il paziente attraverso la fase di apprendimento per poi aiutarlo a diventare autonomo nella pratica. L'essenza della pratica è assecondare pienamente ciò che sta succedendo in quel preciso momento, mantenere la consapevolezza sul qui-e-ora: su ciò che stiamo facendo e sperimentando in questo preciso momento. Questo non è per nulla scontato perché di solito la mente si sposta in maniera incessante da uno stimolo all'altro e spesso siamo più impegnati a rimuginare sul passato o a preoccuparci del futuro che a vivere in maniera consapevole il momento presente.

La tecnica base per la pratica si fonda su tre elementi:

- riprendere il contatto con il proprio corpo: "scansione del corpo", focalizzazione dell'attenzione su ogni parte del corpo, cercando di essere consapevoli e accettare qualunque cosa si percepisca;
- respiro consapevole: focalizzazione sul proprio respiro, su come si manifesta spontaneamente, osservandolo con deliberata attenzione;
- atteggiamento di "non giudizio": osservare senza giudizio l'attività della mente e le sensazioni del corpo, portare l'attenzione a pensieri e sentimenti senza giudicarli, ossia senza credere che ci sia un "giusto" o "sbagliato" modo di pensare o sentire in un dato momento.

Elemento determinante affinché la pratica possa portare beneficio è la continuità: l'allenamento deve essere quotidiano o prevedere almeno 4/5 sessioni alla settimana. Si può praticare in qualunque luogo (purché sia possibile evitare interruzioni), seduti a terra o su una sedia (meglio non sdraiarsi per evitare di addormentarsi); ciascuna sessione di pratica dovrebbe durare dai dieci ai venti minuti. In questo tempo la mente

non sarà sempre sul qui-e-ora, anzi! L'allenamento consiste proprio nel riportare la mente al momento presente e nell'accettare in maniera non giudicante i pensieri che arrivano e il fatto stesso che la mente tende a divagare.

Una modalità informale di praticare è quella di applicare la piena consapevolezza ad attività quotidiane come mangiare, lavarsi le mani, preparare il pranzo. Man mano che ci si allena, la mente diventa sempre più capace di affrontare l'esperienza del dolore in maniera non reattiva e quindi con meno sofferenza.

Il paziente imparerà ad accorgersi che inevitabilmente l'esperienza del dolore non è sempre la stessa e che il dolore in alcuni momenti è meno intenso o addirittura scomparire. Questo dà speranza ai pazienti e li fa sentire meno "prigionieri".

Tra i benefici che sono stati associati alla pratica della Mindfulness ci sono: la riduzione dello stress, il miglioramento delle prestazioni professionali e sportive, la gestione del dolore cronico, il miglioramento di condizioni di insonnia, ansia e depressione, la riduzione del burnout negli operatori sanitari. Pertanto, la pratica della Mindfulness è un buono strumento sia per le persone che soffrono di dolore cronico, sia per i caregiver e per i professionisti che si occupano della cura dei pazienti con dolore cronico.

IL SUPPORTO PSICOLOGICO

Considerando la complessità della percezione del dolore da parte della persona e l'impatto emotivo e sulla qualità della vita, il supporto psicologico e la psicoterapia possono risultare determinanti nella gestione del paziente e aiutare l'accettazione e l'adattamento a tale condizione.

La psicoterapia può risultare rilevante se si ritiene che qualche fattore psicologico abbia un ruolo importante nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore e che il dolore abbia un impatto rilevante sulla vita sociale, familiare e lavorativa della persona.

La psicoterapia ipnotica è efficace nel trattamento del dolore sia acuto che cronico e può essere o meno integrata a una terapia farmacologica. Vi sono studi che riportano come con l'ipnosi il dolore percepito si attenua e può scomparire dal campo di attenzione. Nel trattamento del dolore, la psicoterapia ipnotica contribuisce anche a diminuire l'ansia e lo stato di malessere psicologico ad esso collegato.



LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E L'IMPORTANZA DELL'APPROCCIO MULTIMODALE NELLA GESTIONE DEL DOLORE

LE RETI TERRITORIALI: PERCORSI PER PRENOTAZIONE VISITE ED ESENZIONI

La legge n. 38/2010 sulle cure palliative e la terapia del dolore sancisce il diritto a non soffrire e prevede la costituzione di una rete assistenziale, individuando le figure professionali coinvolte nella gestione del dolore complesso, ricorrente o persistente. Adempiendo alla legge, le regioni hanno istituito le “reti territoriali per il trattamento del dolore cronico” differenziandole dalle reti per le cure palliative.

Le reti per il trattamento del dolore cronico comprendono:

1. I centri di riferimento ospedalieri (Centri HUB), che hanno la possibilità di ricovero per effettuare procedure complesse;
2. i centri di primo livello (Centri SPOKE), che prevedono trattamenti complessi che non necessitano di ricovero (attività ambulatoriale)
3. i presidi ambulatoriali e di assistenza domiciliare con competenze di terapia del dolore, gestiti dal medico di medicina generale.

Con questo sistema, il medico di medicina generale diventa la figura chiave sia per la presa in carico del paziente con dolore dando una prima risposta diagnostica e terapeutica, sia come punto di unione tra il paziente e lo specialista. Infatti, è il medico di medicina generale che valuta l'appropriatezza di iniziare direttamente un trattamento antalgico oppure di indirizzare il paziente ad uno specialista di riferimento al Centro di Terapia del Dolore (HUB) attivo sul territorio, oppure negli Ambulatori di terapia antalgica (SPOKE). Inoltre, il coinvolgimento attivo del medico di medicina generale dovrebbe garantire la continuità della gestione del paziente nell'ambito di percorsi definiti.



Le reti territoriali per il trattamento del dolore cronico sono di competenza regionale; pertanto, esistono diversità notevoli tra regione e regione, non solo nello stato di implementazione delle reti, ma anche per quel che riguarda i tempi di attesa ed i percorsi per l'accesso a questi centri, nonché le attività che questi possono svolgere.

A CHI RIVOLGERSI: SPECIALISTI DI RIFERIMENTO PER PATOLOGIE ALGICHE SECONDO LE CLASSIFICAZIONI INTERNAZIONALI

Una visita di “terapia del dolore” dovrebbe essere prescritta dal medico di medicina generale tutte le volte che un soggetto soffre di dolore persistente o ricorrente che duri nel tempo, che sia di difficile trattamento e determini un distress emozionale significativo o una disabilità funzionale (interferendo con le attività quotidiane o limitando la partecipazione sociale).

Il trattamento del dolore cronico prevede un approccio “bio-psico-sociale” ossia una presa in carico a 360 gradi del paziente che garantisca non tanto l'abolizione del dolore, quanto un miglioramento dello stato di salute della persona, intesa come “benessere psichico, fisico e sociale dell'uomo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale”. Tale approccio prevede il coinvolgimento di specialisti che siano in grado di:

- Trattare la patologia sottostante
- Trattare il dolore
- Trattare la disabilità sociale
- Trattare la disabilità psicologica
- Riabilitare il paziente.

Pertanto, le strategie di base adottate dal medico di medicina generale mirano ad un ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Gli interventi di équipe specialistiche multi-professionali sono rivolti invece a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base si rivelano inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare, la programmazione di assistenza continuativa, e lo sviluppo di strategie di continuità tra ospedale-territorio.

Appare ovvio che per ottenere tali risultati sia necessario un approccio integrato di più figure professionali. In medicina tale approccio si definisce **MULTIDISCIPLINARE**. Può essere utile accennare al ruolo della telemedicina per il monitoraggio del dolore?

IL RUOLO DELLA TELEMEDICINA

I servizi di Telemedicina rappresentano una parte integrante della rete di assistenza e possono avere un ruolo rilevante anche nel monitoraggio e nella gestione del paziente con dolore.

Interventi di telemedicina possono contribuire a:

- Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.
- Consentire la fruibilità di cure, servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza.
- Permettere il costante monitoraggio di alcuni parametri, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche.
- L'interdisciplinarietà offerta dalla sanità in rete permette di fornire al paziente un servizio mirato, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sul suo stato di salute e consentendo di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni del medico.



CAPITOLO 8

IL RUOLO DEL FARMACISTA: COSA SI PUÒ FARE IN FARMACIA

LA COMUNICAZIONE IN FARMACIA

Il recente vissuto sociale e socio-sanitario ha posto in evidenza l'importanza del concetto di prossimità, strettamente connesso al ruolo della farmacia quale presidio territoriale e alla collaborazione interprofessionale, quale punto di snodo per l'erogazione efficace di nuovi servizi e nuovi modelli di presa in carico del paziente.

Senza dubbio il supporto professionale nella gestione del dolore rappresenta a pieno titolo uno degli ambiti in cui il farmacista può rivelarsi di reale sostegno al paziente.

In primis il farmacista è una sentinella del territorio, in grado di intercettare differenti bisogni ed esigenze del paziente, veicolando informazioni corrette, nell'ottica di esercitare un'educazione sanitaria sempre al passo con i tempi.

Il farmacista può veicolare giuste nozioni sulle interazioni tra farmaci, soprattutto nell'automedicazione, supportando il paziente nella corretta gestione della terapia ed avendo ben presente il quadro clinico correlato. Inoltre il farmacista può risultare determinante nel supporto all'aderenza alla terapia antalgica prescritta del medico, veicolando informazioni circa la somministrazione corretta dei farmaci (ad esempio: tempi, intervallo tra dosi, prima/dopo pasti, dose massima raccomandata); la gestione di eventuali effetti collaterali (es. come prevenire stipsi da oppioidi); consigli al paziente in caso di inefficacia della terapia prescritta, con rimando al medico curante per ottimizzare il percorso di cura.

Nel concetto più ampio di corretta comunicazione rientrano anche informazioni sulle strutture e centri specialistici, che senza dubbio sono strettamente legati alla presa in carico del paziente stesso, nell'ottica di una piena collaborazione interprofessionale sul territorio.

LA FARMACIA COME HUB TERRITORIALE

Ad oggi moltissime farmacie di comunità svolgono il servizio di "Prenotazione CUP" rispecchiando nell'interezza il concetto di prossimità e capillarità, quindi consentendo



a tutta la popolazione di avere facile accesso, rapidità e presenza territoriale anche nelle realtà più remote del Paese. Mediante una gestione integrata delle agende di prenotazione, questo servizio va a favorire l'accessibilità dell'assistenza e la riduzione dei tempi di attesa.

Per Centro Unico di Prenotazione, si intende il **sistema centralizzato informatizzato di prenotazione** delle prestazioni sanitarie, deputato a prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate; provvedere al pagamento dei ticket a carico del cittadino e ritirare i relativi referti.

CAPITOLO LEGISLATIVO: DIRITTI AMMINISTRATIVI PER IL MALATO

INVALIDITÀ CIVILE (LEGGE 118/71 E LEGGE 509/88)

L'invalidità civile è un requisito per accedere a determinate prestazioni economiche (pensioni, assegni e indennità) e non economiche (agevolazioni fiscali, assistenza sanitaria, permessi ex legge 104/1992 o collocamento obbligatorio al lavoro) garantite dallo Stato a tutela di cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite.

La legislazione sull'invalidità civile ha come destinatari tutti i cittadini ai quali, se invalidi, è riconosciuto il diritto a determinate prestazioni commisurate al grado di invalidità.

Chi ne ha diritto

Cittadini di età compresa tra i 18 e 65 anni in possesso della cittadinanza italiana.

Cittadini comunitari regolarmente residenti, affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo.

Irregolari psichici per oligofrenia di carattere organico o dismetabolico, o insufficienze da difetti sensoriali o funzionali che abbiano una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad 1/3 non dovute a causa di guerra o ad infortuni sul lavoro o di servizio.

Cittadini minori di 18 anni, affetti dalle minorazioni di cui sopra, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (assegno di frequenza)

Cittadini >65 anni che oltre alle minorazioni descritte precedentemente, abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (indennità di accompagnamento)

Il riconoscimento dell'invalidità

Per il riconoscimento dell'invalidità civile, la pratica deve essere avviata da un medico certificatore, in genere il proprio medico di medicina generale, che attraverso la compilazione di un certificato medico on-line attesta la natura dell'infermità e attiva la procedura per la richiesta di riconoscimento dell'invalidità.



Una volta ottenuto il certificato stampato e firmato dal medico certificatore, il cittadino ha 90 giorni di tempo per completare la domanda. La procedura può essere completata in autonomia collegandosi al sito www.inps.it, oppure il cittadino si può rivolgere ad un patronato o ad una associazione di categoria dei disabili. In questo caso l'ente scelto sarà l'interfaccia tra il paziente e l'INPS e sarà il principale referente per tutte le pratiche amministrative. Una volta completati i due step precedenti e quindi inoltrata la domanda, il richiedente verrà contattato dall'INPS e sarà fissata la data per la visita medico-legale. Al momento della visita il cittadino può:

- Portare tutta la documentazione sanitaria che riterrà opportuna
- Farsi assistere nel corso della visita da un medico di sua fiducia
- In caso di impedimento a presentarsi, chiedere un nuovo appuntamento
- Qualora sussistano le condizioni per richiedere la visita domiciliare, il medico certificatore dovrà richiederla entro almeno cinque giorni prima della data fissata per la visita ambulatoriale

A seguito della visita medico-legale sarà cura dell'INPS inviare il verbale con l'esito della visita ed il riconoscimento o meno dell'invalidità civile. Al grado di invalidità (invalidità massima 100%) corrispondono determinate prestazioni.

TUTELA DELL'HANDICAP E DELLE DISABILITÀ (LEGGE 104/92)

È persona portatrice di handicap: “Colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione”.

La procedura per l'accertamento dell'handicap segue lo stesso iter dell'invalidità civile descritta in precedenza. Con il riconoscimento della Legge 104/92, è previsto un congedo straordinario per i lavoratori dipendenti privati conviventi di familiari disabili in situazione di gravità, in modo da poter garantire l'assistenza necessaria al malato.

ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA FARMACOLOGICA PER LA TERAPIA DEL DOLORE CRONICO (DECRETO MEF 17/03/08 ALLEGATO 12)

Il diritto all'esenzione del pagamento di ticket per farmaci e visite specialistiche è riconosciuto dalla ASL di residenza dell'assistito sulla base della certificazione di malattia, rilasciata da una struttura ospedaliera o ambulatoriale pubblica.

Per inoltrare la richiesta di esenzione è necessario presentare alla ASL di competenza uno dei seguenti documenti:

- copia della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera pubblica;
- copia del verbale di invalidità;
- copia della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera privata accreditata, previa valutazione del medico del Distretto sanitario della Azienda sanitaria locale di residenza;
- certificati delle Commissioni mediche degli Ospedali militari;
- certificazioni rilasciate da Istituzioni sanitarie pubbliche di Paesi appartenenti all'Unione europea.

Sulla base di tale certificazione, la ASL l'Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'assistito, nel rispetto della tutela dei dati personali, rilascia un attestato (attestato di esenzione) che riporta la definizione della malattia o condizione con il relativo codice identificativo e le prestazioni fruibili in esenzione.

ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA FARMACOLOGICA PER LA TERAPIA DEL DOLORE CRONICO (DECRETO MEF 17/03/08 ALLEGATO 12) CODICE TDL O TDL01

Il codice **TDL** o **TDL01** (a seconda della regione) = Terapia del dolore Severo, non è un'esenzione, ma l'indicazione di uno STATUS e deve essere utilizzato sulla ricetta per la prescrizione dei farmaci per la terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una terapia non superiore a trenta giorni. Il medesimo codice può essere utilizzato dalla Regioni ai fini dell'esenzione sulla quota di partecipazione alla spesa.

Il codice di esenzione **TDL** o **TDL01** viene inserito nella ricetta **direttamente dal medico prescrittore** e dà diritto alla prescrizione di farmaci oppioidi per coprire trenta giorni di trattamento.

L'emanazione della legge 38/10 ha posto la ricollocazione dei medicinali analgesici oppiacei non in forma farmaceutica parenterale per la terapia del dolore consentendo di utilizzare la ricetta ordinaria, anziché quella del ricettario "a ricalco"(RMR).

È opportuno che la ricetta contenga l'indicazione "terapia del dolore", per distinguerla dalle ricette relative a prescrizioni per la disassuefazione, e l'indicazione della posologia per il rispetto del limite di trenta giorni di terapia.





CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE: LEGGE 38 DEL 15 MARZO 2010

Secondo la Legge 38/2010, l'accesso alle cure palliative, e quindi alle Unità di Cure Palliative domiciliari, deve essere **garantito a tutte le persone affette da qualsiasi patologia inguaribile**. Tali cure garantiscono, in funzione della complessità dei bisogni, sia interventi di base coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di equipe specialistiche multidisciplinari. Lo scopo dell'assistenza domiciliare è quello di fornire al malato tutte le terapie che si rendano necessarie al mutare del quadro clinico, garantendo nello stesso tempo la miglior qualità della vita possibile.

Le prestazioni erogate sono definite in base a protocolli formalizzati, coprono un ampio spettro e coinvolgono diverse figure professionali. Alcuni esempi: prestazioni di tipo medico; prestazioni infermieristiche; supporto psicologico; riabilitazione; accertamenti diagnostici (se necessari/utili per il paziente); assistenza tutelare professionale; fornitura di farmaci e dispositivi medici ed emoderivati; fornitura di preparati per nutrizione artificiale.

L'accesso al servizio di Cure Palliative domiciliari varia da regione a regione. Per la richiesta, ovunque ci si può rivolgere al medico di medicina generale; medici specialistici ospedalieri; ASL di riferimento; associazioni di volontariato.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Ministero della Salute (2010). Il dolore cronico in Medicina Generale. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1257_allegato.pdf
- International Association for the Study of Pain (IASP). Terminology. www.iasp-pain.org/resources/terminology/
- Bonezzi C, Ventriglia G, Lora Aprile P, Magni A. La diagnosi di dolore: il metodo SIMG. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2021; 28. www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/08VentrigliaBonezzi.pdf
- Sebastiano Mercadante –“ Il dolore – Valutazione, diagnosi e trattamento” Edizioni Edra 2017
- Landi F, Onder G, Cesari M, et al. Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2721–2724. doi:10.1001/archinte.161.22.2721
- Abdulla A, Adams N, Bone M, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing* 2013; 42: i1-57. doi: 10.1093/ageing/afs200
- Niederstrasser NG, Attridge N. Associations between pain and physical activity among older adults. *PLoS One* 2022; 17: e0263356. doi: 10.1371/journal.pone.0263356
- American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 1331-46. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02376.x
- Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Manuale di Competenze in Geriatria. Item 19. www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-19_Trattamento-del-dolore-e-di-altri-sintomi-nelle-cure-palliative.pdf
- Paice JA, Bohlke K, Barton D, et al. Use of Opioids for Adults With Pain From Cancer or Cancer Treatment: ASCO Guideline. *J Clin Oncol* 2023; 41: 914-930. doi: 10.1200/JCO.22.02198
- Dale O, Kaasa S. Biology and pharmacology of the elderly: start low – go slow. *European Journal of Palliative Care* 2005;12: 28-31.
- Bernabei R, Landi F, Calvani R, et al. Multicomponent intervention to prevent mobility disability in frail older adults: randomised controlled trial (SPRINTT project). *BMJ* 2022; 377: e068788. doi:10.1136/bmj-2021-068788.
- Crush J, Levy N, Knaggs RD, et al. Misappropriation of the 1986 WHO analgesic ladder: the pitfalls of labelling opioids as weak or strong. *Br J Anaesth* 2022; 129: 137-142.
- Ripamonti CI. Pain management. *Ann Oncol* 2012 Sep; 23: x294-301.



- Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, et al. European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC); European Association for Palliative Care (EAPC). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13: e58-68.
- AIOM 2021. Terapia del dolore in oncologia. www.iss.it/documents/20126/8403839/LG-484-AIOM_Dolore
- Magni A, Lora Aprile P, Ventriglia G. Classificazione e inquadramento del paziente con dolore non oncologico. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2016; 5. www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2016/05_2016/11.pdf
- Zazzara MB, Palmer K, Vetrano DL, et al. Adverse drug reactions in older adults: a narrative review of the literature. *Eur Geriatr Med* 2021; 12: 463-473. doi: 10.1007/s41999-021-00481-9
- Virnes RE, Tiihonen M, Karttunen N, et al. Opioids and Falls Risk in Older Adults: A Narrative Review. *Drugs Aging* 2022; 39: 199-207. doi: 10.1007/s40266-022-00929-y
- Govannoni S, Minozzi S, Negrini S. Percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena. www.simferweb.net/varie_sito_simfer_allegati/varie/lineeGuida/PERCORSI_DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI_PER_L_ASSISTENZA_AI_PAZIENTI_CON_MAL_DI_SCHIENA/2006-12-04_Negrini-Vol.MALDISCHIENA.pdf
- Kelly RB, Willis J. Acupuncture for Pain. *Am Fam Physician* 2019; 100: 89-96.
- Korownyk CS, Montgomery L, Young J, et al. PEER simplified chronic pain guideline: Management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care. *Can Fam Physician* 2022; 68: 179-190. doi: 10.46747/cfp.6803179
- Rinonapoli G, Ceccarini P, Caraffa A. La gestione del dolore cronico nel paziente ortopedico. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia* 2022; 48: 155-168; doi: 10.32050/0390-0134-N399.
- Rosenkranz et al. The next generation of mindfulness-based intervention research: what have we learned and where are we headed? *Current Opinion in Psychology* 2019: 28.
- Ministero della Salute. eHealth - Sanità digitale. www.salute.gov.it/portale/ehealth/homeE-Health.jsp
- International Association for the Study of Pain (IASP). Nutrition and chronic pain. www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/nutrition-and-chronic-pain/
- Ministero della salute. Portale delle Cure palliative e terapia del dolore. www.salute.gov.it/portale/temi/p24.jsp?lingua=italiano&tema=Assistenza,%20ospedale%20e%20territorio&area=curePalliativeTerapiaDolore
- Ministero della Salute (2021). Cure palliative in ospedale. Un diritto di tutti. <https://www.salute.gov.it/imgs/C17opuscoliPoster518allegato.pdf>
- Ministero della Salute. La farmacia dei servizi. www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?area=farmaci&id=3609&menu=dfarm
- INPS. Guida al servizio Allegazione e invio documentazione sanitaria per invalidi civili. https://servizi2.inps.it/docallegati/Mig/Allegati/Tutorial_Allegazione_documentazione_sanitaria_invalidit_civile.pdf
- INPS. Invalidità civile. www.inps.it/it/it/dettaglio-approfondimento.schede-informative.49810.l-invalidit-civile.html



Realizzato con un contributo incondizionato di:

