



Segretario: Bartolomeo Venturini, segretario - Chiesa dell'Immacolata, Pistoia



Fondazione
Caript

14° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER



GRUPPO ITALIANO
CENTRI DIURNI
ALZHEIMER

Centri Diurni Monteoliveto
Pistoia

11-12 ottobre 2024

SIMPOSIO

SINTOMI «DIFFICILI» NELLA
DEMENTIA, TRA MENTE E
CORPO

Come capire il sintomo dolore

Monica Torrini

SOD Geriatria - Sub-Intensiva Geriatrica
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi,
Firenze

Università degli Studi di Firenze

Epidemiologia

19%

con dolore cronico moderato o severo nella popolazione generale europea

Pain in Europe Survey 2003

26%

con dolore cronico moderato o severo nella popolazione generale italiana

Pain in Europe Survey 2003

71%

con dolore cronico nella popolazione con più di 65 anni

Brochet, 1991

67%

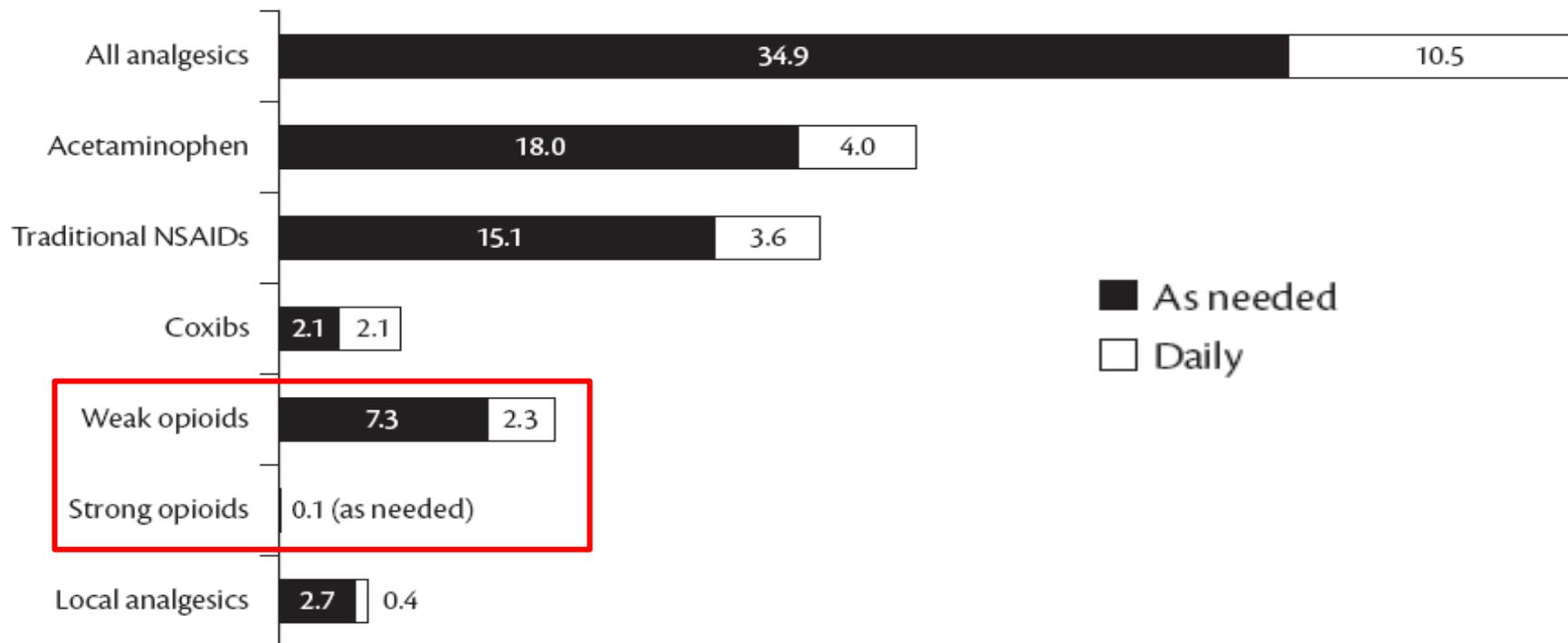
con dolore cronico moderato-severo non oncologico in un campione di anziani istituzionalizzati (SIGOs 2009)

Gianni et al, Arch Gerontol Geriatr. 2009 Dec 21



Analgesic Use Among Community-Dwelling People Aged 75 Years and Older: A Population-Based Interview Study

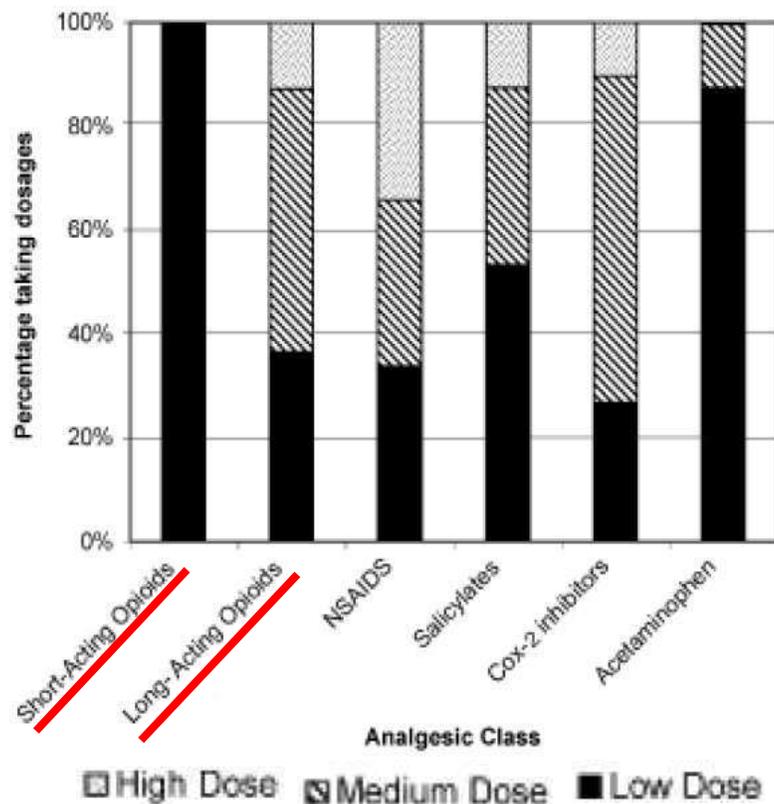
Niina Pokela, MSc(Pharm)^{1,2}; J. Simon Bell, PhD^{1,2}; Katri Lihavainen, MSc^{1,3}; Raimo Sulkava, MD, PhD⁴; and Sirpa Hartikainen, MD, PhD^{1,2,5}



Percentage of participants using analgesics on an as-needed or a daily basis. Individuals reported using >1 analgesic.

Persistent Nonmalignant Pain and Analgesic Prescribing Patterns in Elderly Nursing Home Residents

Aida B. Won, MD,^{*||¶} Kate L. Lapane, PhD,^{†‡} Sue Vallow, RPH, MBA,[§] Jeff Schein, DrPH, MPH,[§] John N. Morris, PhD,^{*} and Lewis A. Lipsitz, MD^{*||¶}



Percentage of persons taking low, medium, or high doses of analgesics of each analgesic class.

Persistent pain was identified in **49%** of residents and was prevalent in patients with a history of fractures (62.9%) or surgery (63.6%) in the past 6 months.

One-quarter received no analgesics. The most common analgesic was acetaminophen (37.2%), it was usually prescribed as needed (65.6%), at doses less than 1,300mg per day.

NSAIDs were prescribed as a **standing dose** more than **70%** of the time, and one-third of NSAIDs were prescribed at high doses.

Anziano con Demenza e Dolore

Rilevanti lacune in letteratura (nonostante deficit cognitivo e dolore cronico aumentino entrambi con l'età)

→ **etaggi culturali**

Non sanitari: «è vecchio: sente meno il dolore»

→ **difficoltà di**

Sanitari: «è vecchio: è a maggior rischio degli effetti collaterali dei farmaci (morfinofobia)»

valutazione oggettiva

The main reason for undertreatment is underdetection...

Marzinski LR: Journal of Gerontological Nursing 1991
Sentagen EA, King SA: JAGS, 1993

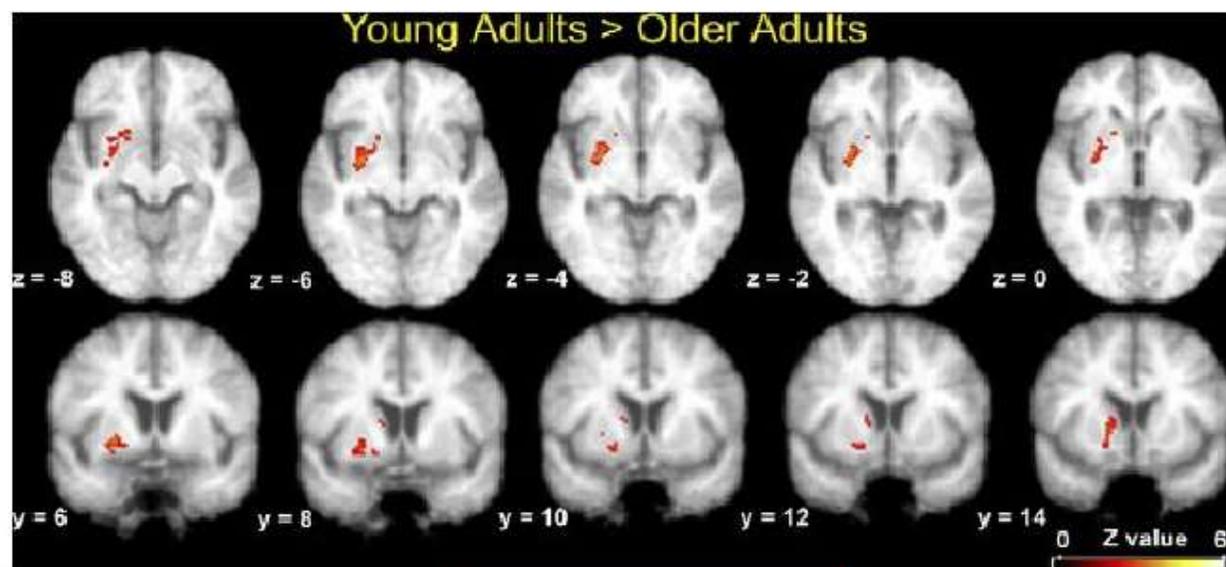
Esiste la presbialgia?

I dati di letteratura **non** sembrano indicare un sicuro effetto dell'invecchiamento sulla percezione del dolore.

(AGS Panel, 2002; Montague et al, 1990; Landi et al, 2005; Minard, 2001, G.Noro et al, 2009)

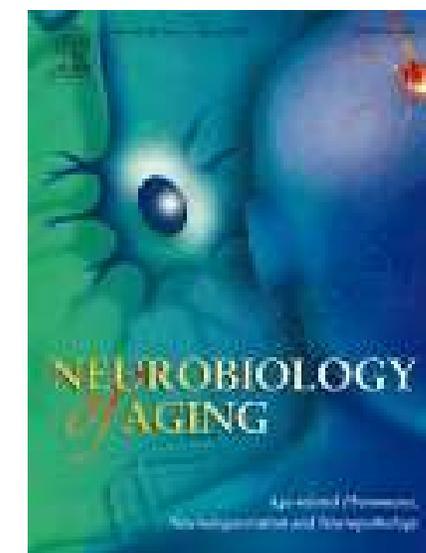
Non esistono allo stato attuale studi sistematici che affrontino il problema nel soggetto "old-old" o affetto da polipatologie ("frail elderly") o nel demente grave.

Age-related differences in pain sensitivity and regional brain activity evoked by noxious pressure



Striatal activa

Diminished functioning of endogenous CNS pain inhibitory networks with advancing age may help to explain previous reports of reduced tolerance to experimental pain, as well as increased prevalence of chronic pain complaints in older adults.



L'età non altera il complesso sistema coinvolto nella trasmissione ed elaborazione del dolore acuto, anche se la presentazione dolorosa atipica è molto frequente nell'anziano (STEMI/NSTEMI silente, pleurite, peritonite, dolore soprattutto viscerale).

(Montague et al, 1990; Landi et al, 2001; Minard 2001)

Le **sensazioni nocicettive acute** provenienti da strutture profonde sono ridotte nel paziente anziano, appaiono invece aumentate quelle correlate al **dolore cronico** provenienti dalle stesse strutture (per esempio: alta frequenza di STEMI/NSTEMI silente e aumentata incidenza di angina da sforzo).

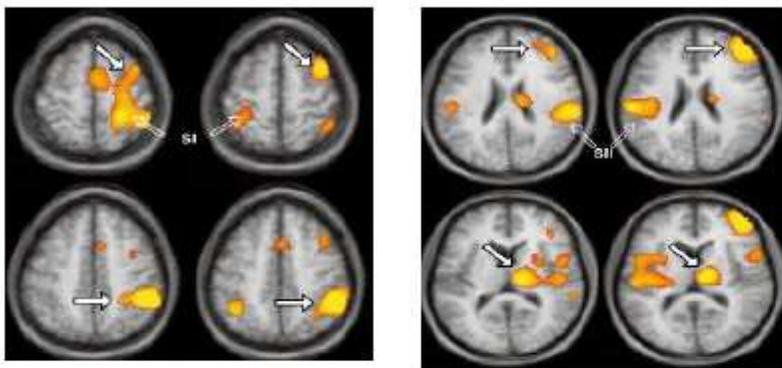
L'intensità e la frequenza del dolore cronico sembrano aumentare con l'età

(G.Noro et al, 2009)

Modificazioni anatomiche età-correlate

- Riduzione del numero e funzione dei neuroni nocicettivi periferici
 - Aumento della soglia sensoriale per stimoli termici e vibratorii
 - Diminuzione del numero dei recettori del dolore periferici
 - Diminuita risposta analgesica endogeno (endorfine)
 - Fibre mieliche: diminuzione della densità fibrale; aumento delle fibre degenerate/anomali; riduzione della velocità di conduzione
 - Fibre amieliche: riduzione del numero di grandi fibre (1,2-1,6 mm); nessun cambiamento in piccole fibre (0,4 mm)
 - Perdita di neuroni delle corna posteriori del midollo spinale con alterazione della inibizione endogena (iperalgnesia)
-
- La perdita di neuroni nella corteccia, mesencefalo, tronco encefalico e nel talamo (18%)

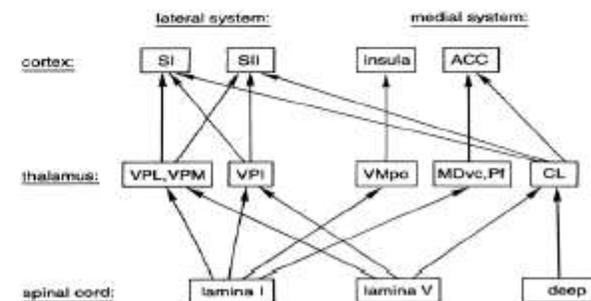
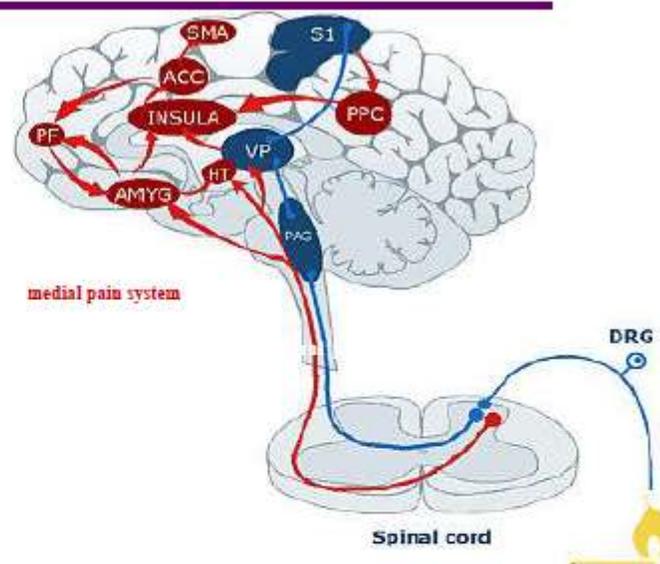
La „pain matrix“



Il sistema di dolore mediale: amigdala, talamo mediale, ippocampo, corteccia cingolata anteriore e corteccia prefrontale (aspetti motivazionali-affettivi ed autonomici-endocrini del dolore)

Il sistema di dolore laterale: aree sensitive primarie e i nuclei talamici laterali (aspetti sensoriali-discriminativi come localizzazione, intensità e qualità del dolore)

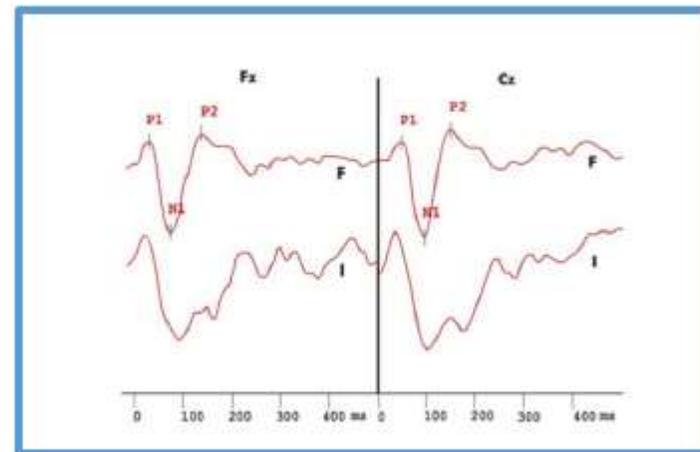
Sistema del dolore rostrale: sistema limbico (reazioni comportamentali al dolore)



Dr.ssa Michela Marcon CDC Neurologia
Sabato 20 settembre 2014

AD e dolore: neurofisiopatologi

a Potenziali Evocato somato- sensoriali

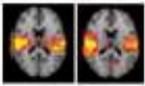
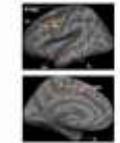
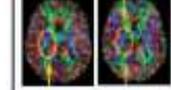
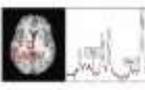
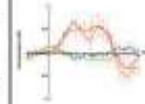


I potenziali evocati somato-sensoriali in pazienti con grave demenza hanno dimostrato una **compromissione della porzione mediale** delle vie del dolore (ad esempio il giro cingolato anteriore), anche se lo stimolo del dolore stesso è stato percepito adeguatamente (sistema del dolore laterale)

E' stato osservato che la soglia del dolore (via laterale del dolore) dei pazienti con AD non differiva da quella delle persone anziane, senza demenza, ma che la tolleranza del dolore (via mediale del dolore) risulta significativamente aumentata (Benedetti et al 2004)

AD e dolore: neurofisiopatologia

Tecniche di neuro-imaging

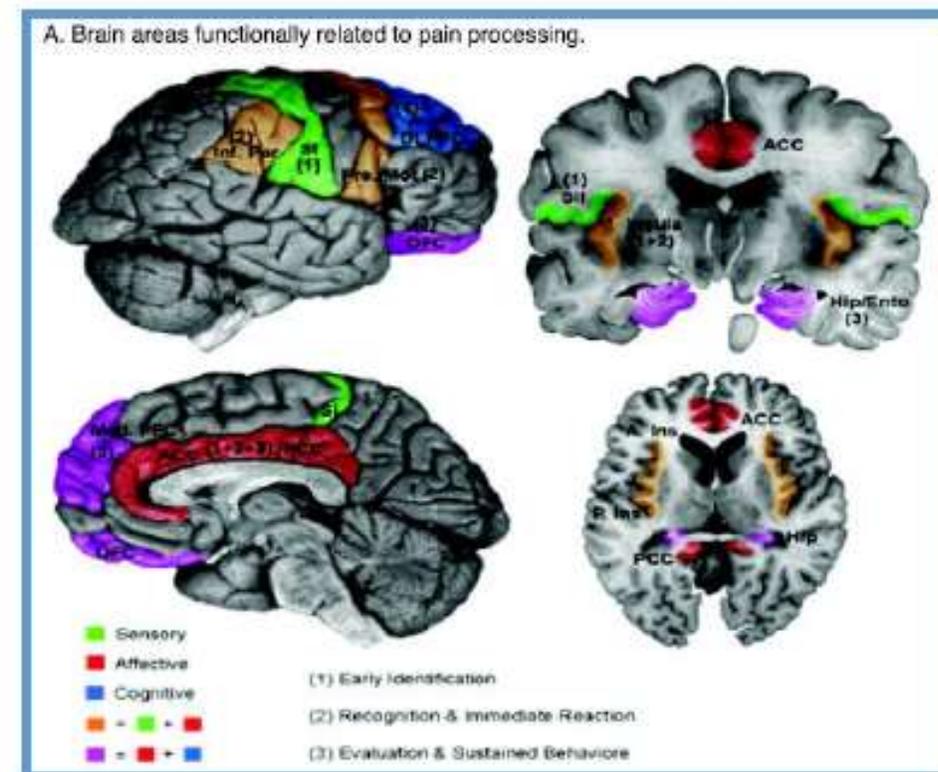
Technique	fMRI	Resting State Networks	Voxel-based Morphometry	Diffusion Tensor Imaging	Magnetic Resonance Spectroscopy	NIRS
Measures	BOLD activation	Functional connectivity	Cortical thickness	Structural connectivity	Metabolites	Cortical activation
Functionality	Evoked pain	Spontaneous pain	Gray matter density	Altered processing pathways	Neurotransmitters, neuronal markers	Evoked pain
Output						

- ❖ La **percezione** e l'**elaborazione** del dolore **non** sono diminuite nei pazienti con AD, anche in stadi avanzati di malattia (via laterale) *Cole et al., 2006; Benedetti et al., 2004*
- ❖ La **tolleranza al dolore aumenta** con il progredire della demenza (via mediale) *Benedetti et al., 1999*
- ❖ I **sintomi comportamentali** reattivi al dolore aumentano con l'aggravarsi della demenza ma poi pare che diminuiscano nella demenza grave (via rostrale, degenerazione del nucleo striato)

Monroe et al., 2012

AD e dolore: neurofisiopatologia

- ❖ Le alterazioni neuropatologiche a carico della corteccia prefrontale causano un'alterazione in senso di diminuzione della risposta ai farmaci analgesici
- ❖ Eda alterazione del flusso sanguigno intracerebrale può influenzare l'effetto dei farmaci analgesici centrali come gli oppiacei



Neurofisiopatologia: conclusioni

Nell' AD le aree che appartengono al sistema di dolore mediale e rostrale sono gravemente colpite e degenerate mentre le aree sensitive primarie (il sistema laterale) sono invece relativamente preservate.

In altre parole, i pazienti con malattia di Alzheimer percepiscono lo stimolo dolore correttamente ma questo viene «mal elaborato» tanto che dimostrano una maggiore tolleranza, una minore partecipazione emotiva/affettiva con comportamenti correlati inadeguati ed una minore attivazione neurovegetativa. Ovviamente spesso sono incapaci di comunicare/verbalizzare il dolore. Hanno inoltre una diminuita risposta ai farmaci analgesici centrali.

Altre demenze e dolore: neurofisiopatologia

Nella demenza vascolare i diversi esiti gliotici in diverse aree cerebrali portano ad una sorta di "deafferentazione" che è ritenuta la responsabile dell'incremento degli aspetti affettivo-motivazionali (aumentata percezione).

Esiti gliotici maggiormente a carico della corteccia prefrontale sembrano attenuare le risposte emozionali e motivazionali allo stimolo doloroso .

Esiti gliotici maggiormente a carico ^{Benedetti et al. Pain 20} somatosensoriale probabilmente ostacolano la percezione dello stimolo doloroso

Altre demenze e dolore:

neurofisiopatologia

Nella Demenza frontotemporale è plausibile che l'atrofia della corteccia prefrontale porti ad una diminuzione della componente affettivo-motivazionale

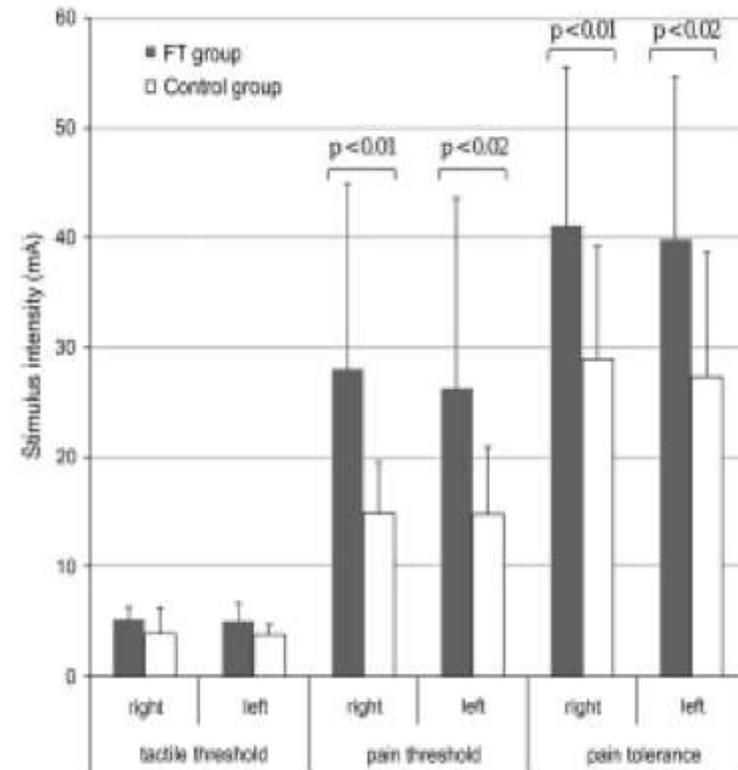
che è maggiore di quella

riscontrata

Benedetti et al.

Pain 2004

Pain perception and tolerance in patients with frontotemporal dementia



23 soggetti con FTD (MMSE 21.7±6.1)
18 controlli

Nei soggetti con DFT la soglia del dolore e la tolleranza al dolore da stimolo elettrico sono

risultati più elevate rispetto ai controlli

Carpac E. Pain 2010

Recent developments in pain in dementia

Erik Scherder, Joukje Oosterman, Dick Swaab, Keela Herr, Marcel Ooms, Miel Ribbe,
Joseph Sergeant, Gisele Pickering, Fabrizio Benedetti

BMJ VOLUME 330 26 FEBRUARY 2005

Table 2 Relation between neuropathology and results of experimental and clinical studies with respect to influence of subtypes of dementia, and the influence of Parkinson's disease and multiple sclerosis without cognitive impairment, on motivational-affective aspects and presence or intensity of pain

Condition	Motivational-affective aspects of pain		Presence or intensity of pain	
	Possible neuropathological involvement	Experimental and clinical results	Possible neuropathological involvement	Experimental and clinical results
Alzheimer's disease	Degeneration of thalamic intralaminar nuclei	↓	Relatively unaffected	Relatively unaffected
Vascular dementia	De-afferentiation	↑	Not examined	Not examined
Frontotemporal dementia	Degeneration of prefrontal cortex	↓	Not examined	Not examined
Parkinson's disease, not cognitively impaired	Degeneration of brain stem nuclei	↑	Relatively unaffected	Not examined
Multiple sclerosis, not cognitively impaired	De-afferentiation	↑	Dysfunction of spinothalamic tract	↓



“Non sempre si può
giudicare l'intensità
del dolore dalle
grida”

Kierkegard

Scale di autovalutazione attendibili

Deterioramento cognitivo assente

- Numeric/Verbal Rating Scale (NRS-NVR)
- Visual Analogic Scale (VAS)/Coloured (CAS)
- McGill Pain Questionnaire

Deterioramento cognitivo lieve-moderato

(necessaria attenta e ripetuta spiegazione del compito)

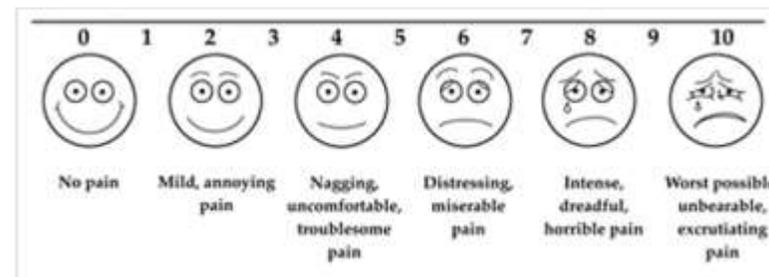
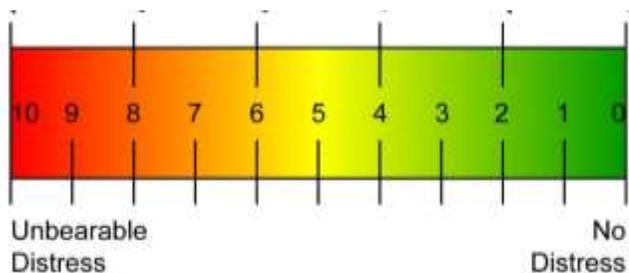
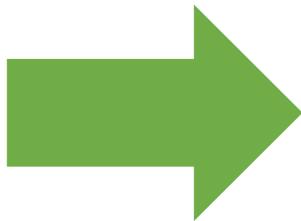
- Numeric/Verbal Rating Scale (NRS-NVR)
- Visual Analogic Scale (VAS)/Coloured (CAS)
- Box Score ratings

Visual Analogue Scales for Pain Assessment in Alzheimer's Disease

Gerontology 2000;46:47-53

Erik J.A. Scherder^{a,b} Anke Bouma^a

MMSE
≥13



Scale di autovalutazione

NON attendibili

Deterioramento cognitivo moderato-severo



Scale
osservazion
ali

Hurley AC, Volicer BJ, Hanrahan PA,
Houde S, Volicer L:

**Assessment of discomfort in
advanced Alzheimer patients.**

Res Nursing Health 15:369-377, 1992

Reynolds KS: **Disparities in pain
management between cognitively intact
and cognitively impaired NH residents.**

J Pain Symp Manage 35:388-396, 2008

Espressione facciale

- Lieve cipiglio; triste, volto spaventato
- Smorfie , fronte corrugata, occhi chiusi o serrati
- Qualsiasi espressione distorta
- Frequente mmiccamento

Verbalizzazioni , vocalizzazioni

- Sospiri, gemiti, vocalizzi
- Grugniti, nenie lamentose, grida
- respirazione rumorosa
- Richiesta d'aiuto
- verbalmente irritante/irritato

Movimenti del corpo

- Rigido, postura del corpo teso, posizioni antalgiche
- agitazione
- Aumento dei movimenti pendolari, dondolamenti
- Movimento limitato
- Modificazione nella normale andatura/mobilità

Cambiamenti nelle interazioni interpersonali

- Aggressivo, combattivo, oppositivo al "care"
- Diminuzione delle interazioni sociali
- Socialmente inappropriato in senso maniacale o abulico

Variazione nella routine

- Rifiuto alimentare, cambiamento nell'appetito
- Aumento dei periodi di riposo
- Sonnolenza, cambiamenti di pattern di riposo
- Cessazione improvvisa di routine comuni
- Aumento del "wandering"

Alterazioni dello stato mentale

- Pianto
- Aumento della confusione
- Irritabilità o angoscia

Table 3. Common Pain Behaviors in Cognitively Impaired Elderly Persons

Facial expressions

- Slight frown; sad, frightened face
- Grimacing, wrinkled forehead, closed or tightened eyes
- Any distorted expression
- Rapid blinking

Verbalizations, vocalizations

- Sighing, moaning, groaning
- Grunting, chanting, calling out
- Noisy breathing
- Asking for help
- Verbally abusive

Body movements

- Rigid, tense body posture, guarding
- Fidgeting
- Increased pacing, rocking
- Restricted movement
- Gait or mobility changes

Changes in interpersonal interactions

- Aggressive, combative, resisting care
- Decreased social interactions
- Socially inappropriate, disruptive
- Withdrawn

Changes in activity patters or routines

- Refusing food, appetite change
- Increase in rest periods
- Sleep, rest pattern changes
- Sudden cessation of common routines
- Increased wandering

Mental status changes

- Crying or tears
- Increased confusion
- Irritability or distress

Note: Some patients demonstrate little or no specific behavior associated with severe pain.

Source: AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons

Scale di eterovalutazione del dolore

- DOLOPLUS2 (Wary et al, 1992, France)
- ECPA- l'Echelle Comportamentale pour le Personne Agées (Alix et al, 1993, France)
- ECS- l'Echelle Comportamentale simplifiée (Baulon et al, 1995, France)
- The Observational Pain Behaviour Tool (Simons & Malabar, 1995, UK)
- CNPI- Checklist of Non-verbal Pain Indicators (Feldt et al, 2000, USA)
- PACSLAC- Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (Hadjistavropoulos et al, 2002, Canada)
- PAINAD- Pain Assessment in Advanced Dementia (Warden, Hurley and Volicer, 2002, USA)
- PADE- Pain Assessment in Dementing Elderly (Villanueva et al, 2003, USA)
- RaPID- Rating Pain In Dementia (Sign & Orrel, 2003, UK)
- The Abbey Pain Scale (Abbey et al, 2004, Australia)
- NOPPAIN- the NON communicative Patient's Pain Assessment INSTRUMENT (Snow et al, 2004, USA)
- Pain Assessment Tool for Use with Cognitive Impaired Adults (Davies et al, 2004, Australia)
- PATCOA- the Pain Assessment Tool in Confused Older Adults (Decker & Perry, 2003)

SCALA DOLOPLUS-2

VALUTAZIONE COMPORTAMENTALE DEL DOLORE NELLA PERSONA ANZIANA

NOME COGNOME :

GIORNI

Servizio :

Osservazione Comportamentale

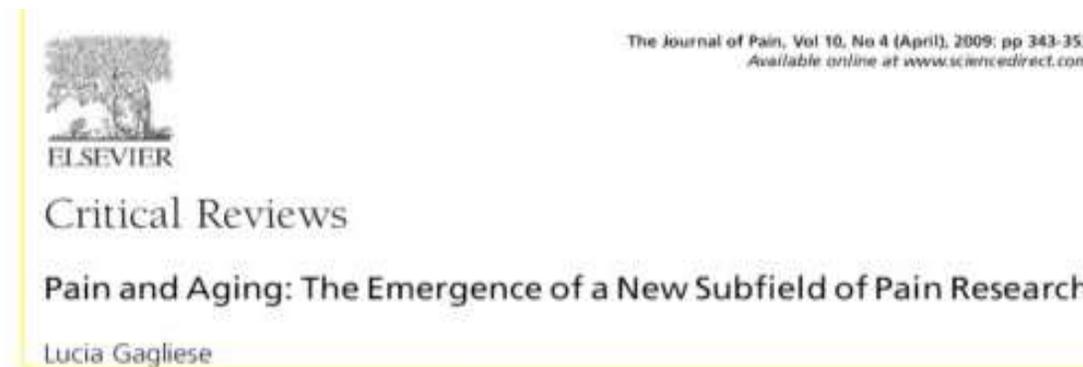
RIPERCUSSIONI SOMATICHE					
1• Lamentele (pianti, gemiti)	• assenza di lamentele	0	0	0	0
	• lamentele solo in caso di sollecitazione	1	1	1	1
	• lamentele spontanee occasionali	2	2	2	2
	• lamenti spontanee continue	3	3	3	3
2• Posizioni antalgiche a riposo	• assenza di posizione antalgica	0	0	0	0
	• il soggetto evita alcune posizioni in modo occasionale	1	1	1	1
	• posizione antalgica permanente e efficace	2	2	2	2
	• posizione antalgica permanente e inefficace	3	3	3	3
3• Protezione di zone dolenti	• assenza di protezione	0	0	0	0
	• protezione dopo sollecitazione senza ostacolare il proseguimento dell'esame o delle cure	1	1	1	1
	• protezione dopo sollecitazione impedendo ogni esame o cura	2	2	2	2
	• protezione a riposo, in assenza di sollecitazione	3	3	3	3
4• Mimica	• mimica abituale	0	0	0	0
	• mimica che sembra esprimere dolore sotto sollecitazione	1	1	1	1
	• mimica che sembra esprimere dolore in assenza di ogni sollecitazione	2	2	2	2
	• mimica inespressiva continua e non abituale (attontità, fissa, sguardo nel vuoto)	3	3	3	3
5• Sonno	• sonno abituale	0	0	0	0
	• difficoltà di addormentamento	1	1	1	1
	• risvegli frequenti	2	2	2	2
	• insonnia con ripercussione sulla fase di veglia	3	3	3	3
RIPERCUSSIONI PSICOMOTORIE					
6• Toilette e/o vestirsi	• abilità consuete invariate	0	0	0	0
	• abilità consuete lievemente ridotte (attività possibile usando cautela)	1	1	1	1
	• abilità consuete molto diminuite, toilette e/o vestirsi difficili e incomplete	2	2	2	2
	• toilette e/o vestirsi impossibili (paziente oppositivo ad ogni tentativo)	3	3	3	3
7• Movimenti	• abilità e attività consuete invariate	0	0	0	0
	• attività consuete lievemente ridotte (il malato evita alcuni movimenti, diminuisce la sua abituale lunghezza di deambulazione)	1	1	1	1
	• abilità e attività consuete limitate (anche se aiutato, il malato diminuisce i propri movimenti)	2	2	2	2
	• ogni movimento impossibile, ogni tentativo di mobilitazione provoca un'opposizione	3	3	3	3
RIPERCUSSIONI PSICOSOCIALI					
8• Comunicazione	• invariata	0	0	0	0
	• aumentata (la persona attrae l'attenzione in modo insolito)	1	1	1	1
	• diminuita (la persona tende a isolarsi)	2	2	2	2
	• assenza o rifiuto di qualsiasi forma di comunicazione	3	3	3	3
9• Vita sociale	• partecipazione abituale a diverse attività (pasti, animazione, laboratori terapeutici)	0	0	0	0
	• partecipazione a diverse attività solo se sollecitato	1	1	1	1
	• rifiuto parziale di partecipazione alle diverse attività	2	2	2	2
	• rifiuto assoluto di partecipare a qualsiasi attività	3	3	3	3
10• Disturbi del comportamento	• comportamento abituale	0	0	0	0
	• disturbi iterativi del comportamento se sollecitato	1	1	1	1
	• disturbi continui del comportamento dopo sollecitazione	2	2	2	2
	• disturbi del comportamento continui (in assenza di ogni sollecitazione)	3	3	3	3
		SCORE			

COPYRIGHT

DOLOPLUS-2

Ideata nel 1999 in Francia e validata in Italiano. Valuta l'andamento del dolore nel tempo.

American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons



Valutare sempre il dolore, anche quando non causa
disabilità per la tendenza alla sottostima/sovrastima o per
l'incapacità riferire per retaggio culturale.
Il metodo di valutazione dipende dal *deterioramento
cognitivo*:

- scale di autovalutazione, impatto funzionale
- scale di autovalutazione + scale di eterovalutazione/
osservazione, impatto funzionale
- scale di eterovalutazione/osservazione comportamento

Scale Osservazionali

Pur essendo ancora scarsamente omogenei e suscettibili di ampio margine di miglioramento, questi strumenti, hanno dimostrato di poter migliorare molto la qualità di vita dei pazienti dementi

*Cohen-Mansfield J Cl. J. of
pain 2002*

Queste scale di valutazione sono una risorsa importante nella valutazione del dolore nei pazienti anziani con demenza

Review Article

Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review

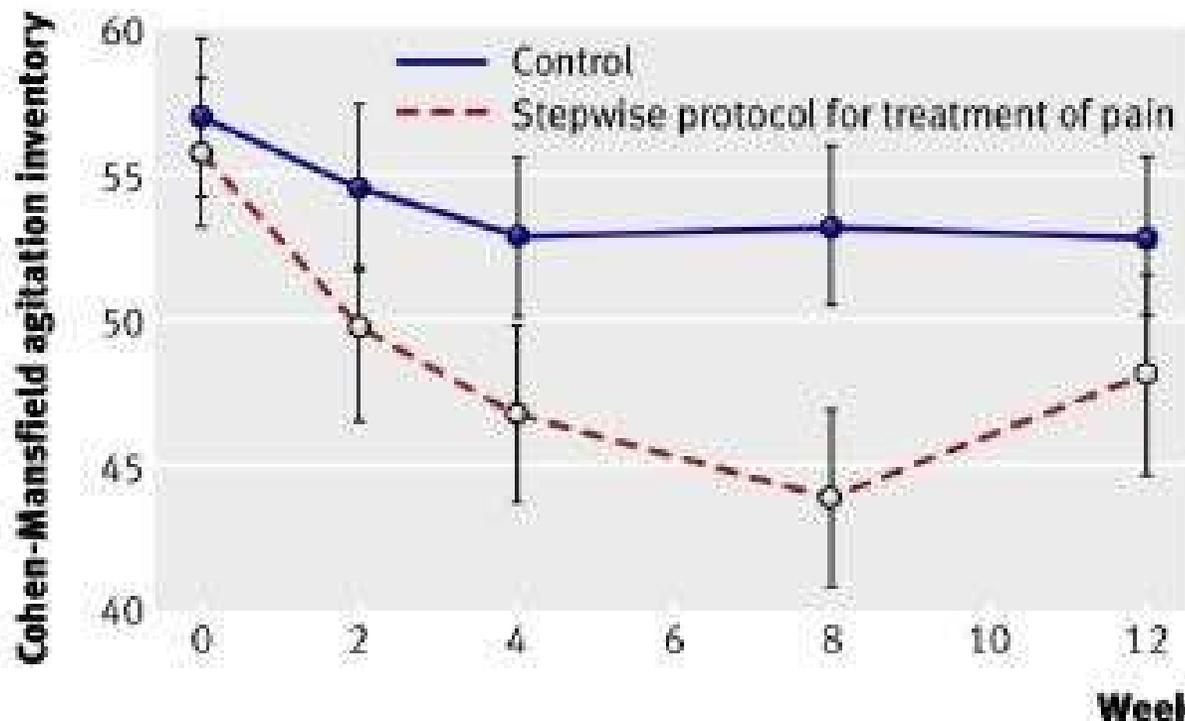
Keela Herr, PhD, RN, FAAN, Karen Bjoro, RN, MSN, PhDc,
and Sheila Decker, PhD, APRN-BC

- Anticipate and assume the presence of pain based on the pathology resulting from the disease, injury, procedure, or surgery.
- Observe the older person for behaviors to establish a baseline of behavior. Monitor for pain on a regular basis using a comprehensive list of behavioral indicators. Whenever possible, pain-related behaviors should be observed during activity, such as transfers, ambulation, and repositioning, since behavior at rest can be misleading.
- All older adults can be observed for typical nonverbal cues of pain and behavioral changes. However, it is important to remember that there may be no such behaviors or cues in older adults with dementia or they may present with less obvious indicators such as agitation, aggression, or increased pacing.
- If the presence of pain is uncertain, an analgesic intervention may be warranted to evaluate presence of pain. If the interventions appear to provide pain relief, pain may be assumed as the likely cause and intervention continued.

BMJ
201

Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial

BS Husebo, C. Ballard, R Sandvik, OB Nilsen, D Aarland



352 pazienti con demenza moderata-grave e sintomi comportamentali (CMAI>39)
Ospiti di 60 RSA

--- n=175
— n= 177

Approccio sistematico di terapia del dolore per 8 settimane

Step	Pain treatment at baseline	Study treatment	Dosage	No (%) of residents (n=175)
1	No analgesics, or low dose of paracetamol	Paracetamol (acetaminophen)	Maximum dose 3 g/day	120 (69)*
2	Full dose of paracetamol or low dose morphine	Morphine	5 mg twice daily; maximum dose 10 mg twice daily	4 (2)
3	Low dose buprenorphine or inability to swallow	Buprenorphine transdermal patch	5 µg/h, maximum dose 10 µg/h	39 (22)†
4	Neuropathic pain	Pregabalin	25 mg once daily; maximum dose 300 mg/day	12 (7)

Deterioramento cognitivo assente

- anamnesi dolore, scale di autovalutazione, impatto funzionale

Deterioramento cognitivo lieve-moderato

- anamnesi dolore, scale di autovalutazione + scale di eterovalutazione/ osservazione, impatto funzionale

Deterioramento cognitivo grave

- anamnesi dolore, scale di eterovalutazione/ osservazione comportamento

Cos'è dolore?

Dolore
fisico

Dolore
socio-
economico

Dolore
psicolog
ico

Dolore
spiritu
ale



Dolore totale

Il dolore dell'abbandono



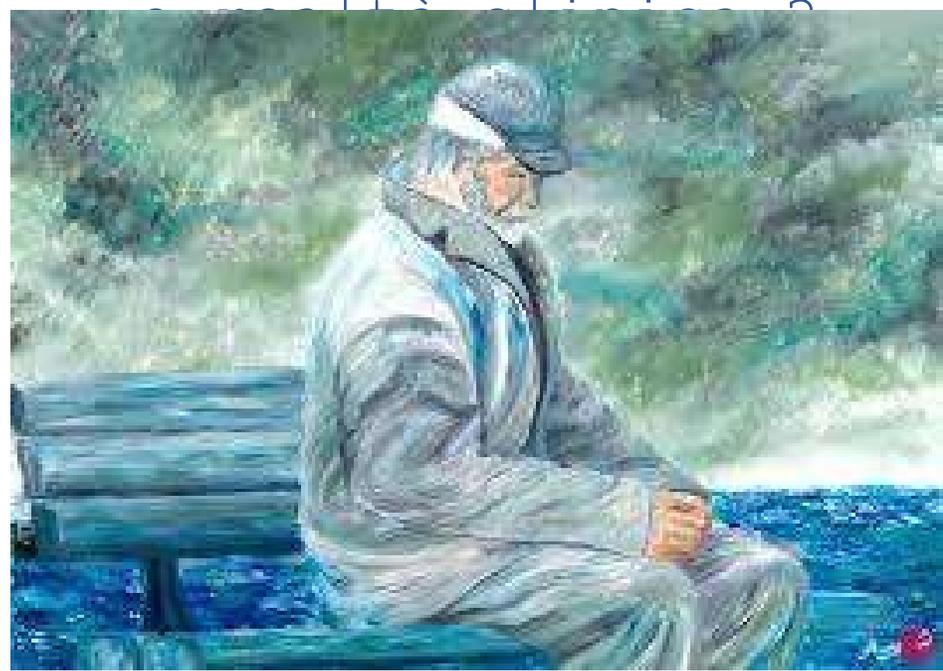
*Ci sono aspetti
del dolore del
tutto peculiari
alla Geriatria.*

*...Il dolore
dell'abbandono*

...

... Il dolore nel
non poter
ricordare ...

(Suggestione
romantica



Sofferenza globale

Hindawi
Neural Plasticity
Volume 2017, Article ID 9724371, 10 pages
<https://doi.org/10.1155/2017/9724371>



Review Article

The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain

Jiyao Sheng,¹ Shui Liu,¹ Yicun Wang,² Ranji Cui,¹ and Xuewen Zhang¹

¹Jilin Provincial Key Laboratory on Molecular and Chemical Genetic, The Second Hospital of Jilin University, 218 Ziqiang Street, Changchun 130041, China

²Department of Genetics and Comprehensive Cancer Center, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL 35294, USA

Correspondence should be addressed to Ranji Cui; cuiranji@jlu.edu.cn and Xuewen Zhang; zhangxw@jlu.edu.cn

Received 25 March 2017; Revised 4 May 2017; Accepted 24 May 2017; Published 19 June 2017

Academic Editor: Aijun Li

Copyright © 2017 Jiyao Sheng et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Chronic pain, as a stress state, is one of the critical factors for determining depression, and their coexistence tends to further aggravate the severity of both disorders. Unfortunately, their association remains unclear, which creates a bottleneck problem for managing chronic pain-induced depression. In recent years, studies have found considerable overlaps between pain- and depression-induced neuroplasticity changes and neurobiological mechanism changes. Such overlaps are vital to facilitating the occurrence and development of chronic pain and chronic pain-induced depression. In this review, we summarized the role of neuroplasticity in the occurrence and development of the two disorders in question and explored individualized application strategies of analgesic drugs and antidepressants that have different pharmacological effects in the treatment of chronic pain-induced depression. Therefore, this review may provide new insights into the understanding of association between chronic pain and depression.

Grazie
per la
vostra
attenzio
ne

@

ARIGATO

torrinim@aou-
careggi.toscana.it

La persona con demenza NON sperimenta il dolore nella stessa maniera ma l'ASSENZA di dolore è un diritto umano fondamentale e necessita di un intervento ATTIVO

Legge N. 38 del 9 marzo 2010

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



Ministero della salute

Art. 7. All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la terapia antalgica farmacologica e non, il dosaggio dei farmaci ed il risultato antalgico conseguito.

Devono essere identificati strumenti per il monitoraggio del dolore più idonei per le specifiche realtà (oncologia, pediatria, geriatria etc)

Demenza e Dolore

“La prevalenza dell'uso di analgesici nei pazienti con Alzheimer è significativamente più bassa che nei pazienti affetti da demenza vascolare”

Semla TP ed al. JAGS 1993;41:408-13

“Il dolore geriatrico è sottostimato e sottotrattato”

Bernabei R et al. JAMA 1998; 279: 237-249

“I pazienti con frattura di femore e avanzato decadimento cognitivo ricevono dosi molto inferiori di morfina”

Morrison RS, Siu AL. J Pain Symptom Manage 2000;19:240-8

Demenza e Dolore

“Pain is one of the most common symptoms experienced by persons living with dementia; reportedly, 57.3% of persons living with dementia living at home and 43% in long-term care experience pain daily”

Van Koten J et al. J Am Med Dir Assoc 2017;18:552

“Approximately one-third of persons living with dementia experience moderate to severe pain, even when analgesics are regularly administered”

Barry HE et al, Health and Soc Care
Community, 2016, 24:260

Esiste la presbialgia?

conclusioni

Le differenze età dipendenti nella percezione del dolore sono conseguenza di un **processo molto complesso** e difficilmente standardizzabile che vede modificazioni del SNP e del SNC delle vie e delle aree adibite all'elaborazione del dolore stesso



Qualcosa c'è... ma ancora **non** lo sappiamo!!!!