

PROGETTO COPE (CONTROL OF PAIN IN THE ELDERLY)

Madaio R.A., Gianni W.°, Ceci M., Zuccaro S.M.

Ospedale Israelitico Roma
° I.N.R.C.A.-I.R.C.C.S. sede di Roma

Riassunto: Il dolore cronico rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo occidentale, arrivando a interessare fino al 36% della popolazione. Il 26% della popolazione adulta del nostro Paese, quindi 1 italiano su 4, soffre di dolore cronico, che risulta essere prevalentemente di natura non-oncologica. Un ulteriore dato di rilevante importanza, che emerge dagli studi epidemiologici, è quello relativo alla gestione della terapia antalgica per il trattamento del dolore moderato-severo: quasi il 70% dei pazienti che soffre di dolore cronico riceve una terapia antalgica a base di FANS. Queste tematiche hanno rappresentato il punto di partenza per lo sviluppo del progetto COPE (Control of Pain in the Elderly). Uno strumento cardine del progetto COPE è la cartella clinica informatizzata appositamente studiata da S.I.G.Os., con l'obiettivo di fornire uno strumento che guidi il clinico alla corretta gestione del dolore cronico, oncologico e non, nell'anziano e all'uso appropriato degli oppioidi per il paziente geriatrico "collaborante".

Parole chiave: dolore cronico, paziente anziano, oppioidi.

Summary: Chronic pain is a major public health problem in the Western world, coming to affect up to 36% of the population. 26% of the adult population of our country, and one Italian out of four suffers from chronic pain, being mostly non-oncology. Another matter of great importance, which emerges from epidemiological studies, is on the management of analgesic therapy in the treatment of moderate to severe pain, almost 70% of patients suffering from chronic pain received analgesic therapy based NSAIDs. These issues have been the starting point for the development of the COPE project (Control of Pain in the Elderly). A central instrument of the COPE project is specifically designed to computerized medical records S.I.G.Os., with the aim of providing a tool to guide the clinician in the proper management of chronic pain, cancer and non-elderly and the appropriate use of opioids for the geriatric compliance of patient.

Key words: chronic pain, elderly, opioid.

Il dolore cronico rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo occidentale, arrivando a interessare fino al 36% della popolazione.

Recenti studi epidemiologici di ampia portata confermano questi dati sottolineando la rilevanza sociale del dolore cronico, ovvero un dolore che persiste da più di 6 mesi. In base ai dati di queste indagini, il 26% della popolazione adulta del nostro Paese, quindi 1 italiano su 4, soffre di dolore cronico, che risulta essere prevalentemente di natura non oncologica (Fig. 1).

Un ulteriore dato di rilevante importanza, che emerge dagli studi epidemiologici, è quello relativo alla gestione della terapia antalgica per il trattamento del dolore moderato-severo: quasi il 70% dei pazienti che soffre di dolore cronico riceve una terapia antalgica a base di FANS. L'uso improprio di questa classe farmacologica contribuisce a collocare il nostro Paese all'ultimo posto, insieme a Grecia e Portogallo, nell'impiego di oppioidi forti, unici analgesici indicati per il trattamento del dolore cronico d'intensità moderata-severa (Tab. 1).

Questi dati assumono ancora più rilievo se si

considera che il dolore interferisce in modo significativo con il sonno, la mobilità, la postura e che un terzo dei pazienti associa la depressione con il dolore. Anche per questi motivi il dolore va trattato nel modo più tempestivo ed efficace possibile. Definito come il "quinto segno vitale" dal dipartimento del Veterans Affairs americano, il dolore deve essere valutato routinariamente, con la stessa attenzione con cui si valutano la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la temperatura corporea e la frequenza respiratoria.

Recentemente è stata approvata la legge 38 del 15 Marzo del 2010 che riconosce il dolore cronico come "malattia" e non solo come sintomo. Un

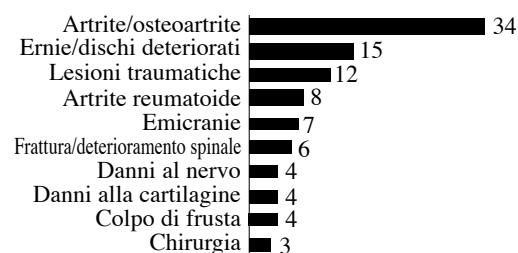


Fig. 1 – Cause più comuni di dolore riferite da pazienti affetti da dolore cronico (n = 4.292).

Tab. 1 – Tipo di trattamento nella gestione del dolore cronico

	Peso totale	UK (n=300)	Francia (n=300)	Germania (n=302)	Italia (n=300)	Spagna (n=301)	Polonia (n=300)	Svezia (n=300)	Norvegia (n=304)	Danimarca (n=303)
FANS	44	23	25	54	68	49	71	27	24	38
Oppioidi deboli	23	50	19	20	9	13	28	36	50	8
Paracetamolo	18	38	38	2	6	8	8	26	45	0
Inibitori COX-2	6	3	6	8	7	2	1	7	11	8
Oppioidi forti	5	12	4	4	0	1	4	3	6	11

L'Italia si distingue per l'elevata percentuale di FANS utilizzati e la quasi inesistente percentuale di oppioidi forti

passaggio importante della legge prevede che medici ed infermieri dovranno misurare e segnalare in cartella clinica il dolore riportato dai pazienti, oltre ai farmaci con i quali viene trattato.

Un'indagine condotta dalla S.I.G.Os. nel 2006 presso reparti geriatrici di 7 città italiane ha dimostrato che il 67,3% dei pazienti anziani ricoverati in ospedale risultava affetto da dolore cronico, con un'intensità del dolore da moderata a grave (NRS ≥ 4). È importante sottolineare che la maggior parte di questi pazienti non riceveva alcun trattamento antalgico. L'undertreatment del dolore nel paziente anziano assume grande importanza dato che il dolore incide profondamente sulla qualità di vita di questi soggetti, compromettendo le capacità relazionali, i rapporti sociali, lo stato dell'umore e la sfera cognitiva.

Da queste considerazioni emerge quanto sia importante affrontare in modo adeguato il dolore cronico nel paziente anziano.

La necessità di una maggiore sensibilizzazione su queste tematiche ha rappresentato il punto di partenza per lo sviluppo del progetto COPE (Control of Pain in the Elderly). Patrocinato da S.I.G.Os. e realizzato in collaborazione con Grünenthal, questo progetto è specificatamente rivolto a geriatri e internisti.

Come accennato inizialmente, molte sono le sfide da affrontare nella lotta al dolore cronico; una delle più importanti è quella di avere piena consapevolezza del "problema dolore" nel paziente geriatrico, in termini sia di prevalenza che di ripercussioni sulla qualità di vita.

Indipendentemente dalla causa che genera il dolore cronico, quest'ultimo non deve essere considerato solo un sintomo ma una vera e propria malattia, con un pesante impatto sulla vita di rela-

zione e sugli aspetti psicosociali della persona, soprattutto se di età avanzata. Per questa ragione non deve essere sottovalutato ma trattato nel modo più tempestivo e completo possibile (Tab. 2).

Il razionale del progetto COPE nasce da quanto discusso fino ad ora: fornire un quadro esaustivo del dolore cronico nell'anziano, chiarire il ruolo della terapia con oppioidi, favorire la gestione del paziente nella pratica clinica quotidiana (Tab. 3).

Uno strumento cardine del progetto COPE è la cartella clinica informatizzata appositamente studiata da S.I.G.Os, con l'obiettivo di fornire uno strumento che guidi il clinico alla corretta gestione del dolore cronico, oncologico e non, nell'anziano e all'uso appropriato degli oppioidi per il paziente geriatrico "collaborante".

Tramite la cartella clinica on line il clinico potrà raccogliere i dati indispensabili per un corretto inquadramento del dolore, per l'impostazione di un'adeguata terapia analgesica e per il monitoraggio della risposta a tale trattamento, sia in termini di efficacia che di tollerabilità.

La pagina iniziale della cartella clinica permette di inserire tutti i dati anagrafici del paziente, il tipo di dolore e l'intensità del dolore mediante l'utilizzo della scala Number Rate Scale (NRS), la terapia antalgica e la terapia al bisogno che il paziente sta assumendo, e differenziare se il dolore è di tipo oncologico o non (Figg. 2-3).

Inoltre per una valutazione più accurata è pre-

Tab. 2

Tutti coloro che operano nel SSN hanno l'obbligo di conoscere di più sul dolore per consentire un più adeguato trattamento e un miglioramento della qualità di vita di 1 italiano su 4, affetto da una vera e propria malattia:
il dolore cronico.

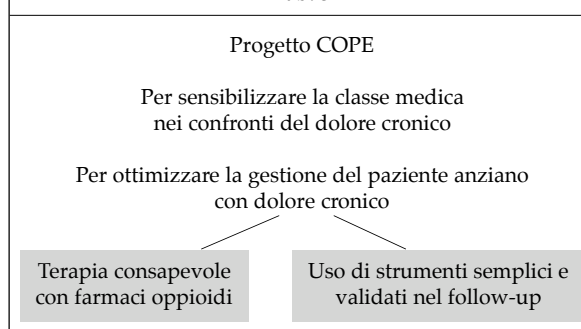
Tab. 3



Fig. 2

vista una valutazione geriatrica mediante l'utilizzo delle seguenti scale:

- Mini Mental State Examination (MMSE), strumento rapido e sensibile per esplorare le funzioni cognitive e seguirne le modificazioni nel tempo;

- scala del dolore neuropatico (SDN), per una valutazione specifica del dolore di origine neuropatico;
- Basic Activity Daily Living B-ADL, strumento utilizzato per valutare in modo accurato le sei attività di base come fare il bagno, vestirsi, toilette, spostarsi, continenza, alimentazione;



Fig. 3

- SF-12 per una valutazione soggettiva dello stato di salute;
- PBI Brief Pain Inventory- Mario Negri, strumento agevole per una rapida valutazione della complessità del dolore e le ricadute sull'umore e le principali attività quotidiane;
- la Beck Depression Inventory BDI, è scala di autovalutazione per valutare lo stato depressivo.

Successivamente il clinico imposterà la nuova terapia antalgica e l'eventuale terapia al bisogno.

Ad ogni visita successiva il medico potrà riaprire la scheda del paziente e valutare di nuovo l'intensità e le caratteristiche del dolore ed even-

tualmente somministrare di nuovo le scale somministrate inizialmente ed impostare la nuova terapia antalgica.

In conclusione la cartella clinica informatizzata oltre ad essere uno strumento utile al clinico per un corretto inquadramento del dolore e per una impostazione e un monitoraggio adeguati della terapia analgesica, permette di controllare automaticamente gran parte dei dati che vengono immessi evitando dimenticanze, immettere in modo coerente ed omogeneo i dati ed infine avere la possibilità di un controllo continuo dell'intera raccolta dati.

Per ulteriori approfondimenti

BREIVIK H., COLLETT B., VENTAFRIDDA V., et al.: Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur. J. Pain* 2006; 10: 287-333.

BROCHET B., et al.: Population-based study of pain in the elderly people: a descriptive survey. *Age ageing* 1998; 27: 279-284.

BUDD K., RAFFA R.B.: Buprenorfina. *L'analgesico oppioide ideale*. CIC Edizioni Internazionali; 1 edizione italiana. 2006.

BUDD K., RAFFA R.B.: Buprenorphine. *The unique opioid analgesic. Pharmacology and clinical application*. Ed. Georg. Thieme Verlag KG, 2005.

HARCUS A.W., WARD A.E., SMITH D.W.: Buprenorphine: experience in an elderly population of 975 patients during a year's monitored release. *Br. J. Clin. Pract.* 1980; 34: 144-146.

SACERDOTE P.: Opioid-induced immunosuppression. *Curr. Opin. Support Palliat. Care* 2008; 2: 14-18.

GRIESSINGER N., SITTL R., LIKAR R.: Transdermal buprenorphine in clinical practice - a post-marketing surveillance study in 13179 patients. *Curr. Med. Res. Opin.* 2005; 21: 1147-1156.

LIKAR R., et al.: Comparable analgesic efficacy of transdermal buprenorphine in patients over and under 65 years of age. *Clin. J. Pain* 2008; 24: 536-543.

CHOU R., FANCIULLO G.J., FINE P.G., et al.: Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *J. Pain* 2009; 10: 113-130.

ERSEK M., CHERRIER M.M., OVERMAN S.S., et al.: The cognitive effects of opioids. *Pain Manag. Nurs.* 2004; 5: 75-93.

FERRELL B.A., FERRELL B.R., OSTERWEIL D.: Pain in the nursing home. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1990; 38: 409-414.

KALSO E., ALLAN L., DELLEMIJN P.L., et al.: Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain. *Eur. J. Pain* 2003; 7: 381-386.

KALSO E., EDWARDS J.E., MOORE R.A., et al.: Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain* 2004; 112: 372-380.

KAMBOJ S.K., TOOKMAN A., JONES L., et al.: The effects of immediate-

release morphine on cognitive functioning in patients receiving chronic opioid therapy in palliative care. *Pain* 2005; 117: 388-395.

KRESS H.G.: Clinical update on the pharmacology, efficacy and safety of transdermal buprenorphine. *Eur. J. Pain* 2009; 13: 219-230.

KURITA G.P., DE MATTOS PIMENTA C.A., NOBRE M.R.: Opioids and cognition by patients with chronic pain: a systematic review. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2008; 54: 529-536.

KURITA G.P., LUNDORFF L., PIMENTA C.A., et al.: The cognitive effects of opioids in cancer: a systematic review. *Support Care Cancer* 2009; 17: 11-21.

PERGOLIZZI J., BÖGER R.H., BUDD K., et al.: Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydro-

morphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract.* 2008; 8: 287-313.

TASSAIN V., ATTAL N., FLETCHER D., et al.: Long term effects of oral sustained release morphine on neuropsychological performance in patients with chronic non-cancer pain. *Pain* 2003; 104: 389-400.

TRESCOT A.M., GLASER S.E., HANSEN H., et al.: Effectiveness of opioids in the treatment of chronic non-cancer pain. *Pain Physician* 2008; 11: S181-200.

TRESCOT A.M., HELM S., HANSEN H., et al.: Opioids in the management of chronic non-cancer pain: an update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) Guidelines. *Pain Physician* 2008; 11: S5-S62.

VADIVELU N., HINES R.L.: Management of chronic pain in the elderly: focus on transdermal buprenorphine. *Clin. Interv. Aging* 2008; 3: 421-430.

www.sigos.it
www.progettoCOPE.com

WESTOBY C.J., MALLEN C.D., THOMAS E.: Cognitive complaints in a general population of older adults: Prevalence, association with pain and the influence of concurrent affective disorders. *Eur. J. Pain* 2008; Dec 23.