



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**Il trattamento del dolore cronico  
nel paziente con demenza.  
Una revisione di letteratura**

Relatore: Prof.ssa Maso Stefania

Laureanda: Gaia Romano  
(matricola n.: 1235530)

Anno Accademico 2022/2023

## ABSTRACT

**INTRODUZIONE.** La demenza rappresenta una delle principali problematiche neurodegenerative del nostro secolo, con una crescente incidenza nella popolazione globale dovuta all'aumento dell'età media e al miglioramento delle condizioni di vita. Le persone che sono affette da demenza soffrono quotidianamente di dolore cronico dovuto all'invecchiamento e alla malattia stessa. Tuttavia, questo dolore viene spesso non riconosciuto a causa delle difficoltà di comunicazione e alla tendenza a minimizzare il dolore cronico in questi pazienti. Oltre alla sottovalutazione del dolore cronico, esso viene anche sotto-trattato e la gestione del dolore in questa popolazione comporta un aumento di rischio di reazioni avverse.

**OBIETTIVO.** Questa revisione si propone di esaminare le metodologie di valutazione del dolore cronico in pazienti affetti da demenza da lieve a severa, identificare le strategie di valutazione più valide e, dopo aver quantificato l'intensità del dolore, determinare le terapie farmacologiche e non farmacologiche più efficaci per gestire il dolore in questa popolazione particolarmente vulnerabile.

**METODI.** È stata redatta una revisione della letteratura mediante consultazione dei database Scopus, Pubmed e Google Scholar, inserendo un limite temporale di 5 anni.

**RISULTATI.** Sono stati selezionati 12 articoli che rispondevano ai criteri di inclusione ed esclusione: di cui 6 articoli che riguardano una revisione sistematica, 2 studi longitudinali, 2 studi osservazionali retrospettivi, uno studio osservazionale e uno studio crossover randomizzato in cieco controllo.

**CONCLUSIONI.** Dall'analisi dei risultati degli studi inclusi in questa revisione, è emerso che tutt'ora non esistono delle linee guida o dei gold-standard per andare a valutare il dolore cronico nelle persone con demenza, ma sono state suggeriti degli approcci olistici, incentrati sulla persona, e personalizzati a seconda delle esigenze e dei limiti della persona. Il trattamento farmacologico del dolore nella popolazione con demenza presenta diversi ostacoli, dove è necessario andare a bilanciare con attenzione l'efficacia del farmaco con la sicurezza del paziente, considerando le possibili interazioni farmacologiche, le alterate risposte farmacodinamiche e farmacocinetiche in questa popolazione e il potenziale rischio di effetti collaterali. Oltre al trattamento farmacologico, negli ultimi anni è stato sempre di più utilizzato il trattamento non farmacologico come attività fisica e musicoterapia, sempre andando a proporzionare le attività secondo i limiti e le capacità delle persone.

**Key-words:** Dementia, pharmacological treatment, non-pharmacological treatment, Chronic pain reduction, Chronic pain efficacy, Effective strategy, Older, Rating scales, Evaluation chronic pain..

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>pag. 4</b>
<b>1. QUADRO TEORICO</b>	<b>pag. 5</b>
1.1 Il dolore cronico	pag. 5
1.2 La demenza	pag. 6
1.2 Il dolore cronico nella demenza	pag. 7
<b>2. PROBLEMA</b>	<b>pag. 10</b>
2.1 Incidenza del dolore	pag. 10
2.2 Incidenza della demenza	pag. 10
1.3 Il dolore cronico e la demenza	pag. 11
<b>3. MATERIALI E METODI</b>	<b>pag. 12</b>
3.1 Obiettivo	pag. 12
3.2 Disegno di studio	pag. 12
3.4 Banche dati consultate	pag. 12
3.5 Parole chiave e metodo PICO	pag. 12
3.6 Stringhe di ricerca	pag. 13
3.7 Limiti inseriti	pag. 14
3.8 Criteri di inclusione ed esclusione	pag. 14
<b>4. RISULTATI</b>	<b>pag. 15</b>
<b>5. DISCUSSIONE</b>	<b>pag. 16</b>
5.1 Quali strumenti vengono utilizzati per identificare la presenza di dolore nelle persone affette da demenza?	pag. 16
5.2 Quali sono i trattamenti più efficaci per alleviare il dolore cronico nelle persone con demenza?	pag. 20
5.2.1 Approcci non farmacologici per il dolore cronico nella demenza	pag. 24
5.3 Limiti della revisione	pag. 25
<b>6. CONCLUSIONI</b>	<b>pag. 26</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>pag. 28</b>
<b>ALLEGATI</b>	<b>pag. 30</b>

## INTRODUZIONE

In questa tesi di revisione, si mira ad analizzare la letteratura per esplorare gli aggiornamenti più recenti riguardanti la valutazione e gestione del dolore cronico nelle persone con demenza. La demenza rappresenta una delle principali problematiche neuro degenerative del nostro secolo, con una crescente incidenza nella popolazione globale (Achterberg et al., 2019). Sebbene la patogenesi e la sintomatologia cognitiva siano al centro di molte ricerche, un aspetto fondamentale e spesso sottovalutato è il dolore cronico manifestato da questi pazienti. Infatti, è stato documentato che una significativa prevalenza dei pazienti con demenza, sia nella comunità che nelle strutture residenziali, sperimenta dolore quotidiano, il quale, non viene rilevato in modo efficiente e, di conseguenza, sotto-trattato (Achterberg et al., 2019; Felton et al. 2021; Scuteri et al., 2023). Nell'ambito della valutazione del dolore in questo tipo di pazienti, l'autovalutazione, benché rappresenti il gold standard, può risultare inadeguata a causa delle alterazioni cognitive associate alla patologia (felton et al., 2021). Per far fronte a questo problema sono state inventate delle scale di valutazione basate sull'osservazione dei segnali comportamentali (Achterberg et al., 2019; Felton et al., 2021).

Nella gestione del dolore in pazienti affetti da demenza, oltre alla sfida intrinseca della valutazione, emerge l'importanza di un trattamento adeguato e personalizzato. La gestione del dolore nelle persone affette da demenza è una questione complessa e multidimensionale che va ben oltre la semplice prescrizione di farmaci. Ogni paziente presenta esigenze uniche, determinate dalla fase della malattia, dalla presenza di comorbidità e dalle loro specifiche risposte ai trattamenti (Achterberg et al., 2019). Quindi, è fondamentale considerare non solo l'efficacia dei farmaci, ma anche le potenziali interazioni e gli effetti collaterali, particolarmente rilevanti in pazienti con demenza (Cravello et al., 2019). Un altro rischio nella gestione del dolore nelle persone con demenza è dovuto all'uso di farmaci potenzialmente inappropriati, come nel caso degli oppioidi o quando erroneamente il dolore viene gestito con antipsicotici che possono rappresentare un rischio di reazioni avverse ed aumentano il rischio di mortalità (Rangfast et al., 2022 e Scuteri et al., 2023). Negli ultimi anni, l'attenzione si è spostata anche verso trattamenti non farmacologici, i quali rappresentano un'alternativa sicura per la gestione del dolore in pazienti con demenza, offrendo vantaggi in termini di sicurezza e riduzione degli effetti collaterali (Achterberg et al., 2019).

# 1. QUADRO TEORICO

## 1.1 Il dolore cronico

Il dolore è riconosciuto a livello internazionale come il quinto parametro vitale ed è stato inserito, dall'American Pain Society, solo nel 2003 ed è l'unico parametro che viene riportato dal soggetto stesso poiché è l'unico in grado di poter dare una dimensione alla propria percezione (Pain, 2021).

Secondo la più recente definizione del dolore espressa dalla IASP (l'Associazione internazionale per lo studio del dolore), definisce il dolore come «esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a, o simile a quella associata a, danno tissutale reale o potenziale» (IASP, 2020). Tale definizione si integra con sei note; la prima precisa come il dolore sia un'esperienza di tipo personale, che risente di elementi di carattere biologico, sociale e psicologico; in secondo luogo, si precisa la differenza tra dolore e nocicezione, e quindi si comprende l'impossibilità di derivare il dolore in modo esclusivo dall'attività neuronale sensoriale. In terzo luogo si chiarisce come la nozione di dolore, sia compresa da parte degli individui tramite livelli esperenziali del vissuto di ognuno; la quarta nota afferma che è indispensabile il rispetto nei confronti della narrazione del dolore; la quinta si sofferma sulle conseguenze negative del dolore sulla psiche e anche a livello sociale; la sesta, infine, precisa il fatto che, nonostante ci si esprima verbalmente nell'espressione del dolore, quello verbale è soltanto uno tra i tanti atteggiamenti di manifestazione di questo problema; dunque il dolore è presente anche in coloro che, umani o meno, non riescono a comunicarlo (IASP, 2020).

Il dolore, inoltre, può essere distinto in base alla sua durata nel tempo in: dolore acuto, presenta una durata inferiore ai tre mesi, e dolore cronico, quando la sua presenza è persistente o ricorrente che dura più di tre mesi (WHO, 2023).

Il dolore acuto ha l'obiettivo di “segnale d'allarme”, infatti la sua comparsa avviene improvvisamente da uno stimolo di tipo nocivo e termina nel momento in cui viene eliminata la sua causa o viene riparato il danno che si è venuto a creare (L. S. Sorkin, M. S. Wallace, 1999). Il dolore cronico persiste, in modo continuo o ricorrente, nel tempo anche in caso di guarigione della malattia originale, infatti, diversamente dal dolore acuto, il dolore cronico non presenta sempre una netta correlazione tra causa-effetto e il suo sviluppo comporta una modificazione non solo biologico, ma anche psicologico e sociale (Alberto Magni, Pierangelo Lora Aprile, Giuseppe Ventriglia, 2016). L'OMS, a seguito di questa definizione, ha inserito nel 2019, con la collaborazione dell'IASP, il dolore cronico nell'ICD-11, Classificazione Internazionale delle Malattie che viene applicato in tutto il mondo per la raccolta data sulla salute pubblica, e nel 2022 il dolore cronico è diventato una malattia a tutti gli effetti (WHO, 2022). La classificazione contiene sette categorie diagnostiche principali che si distigie in:

- i “dolore primario cronico”, è il dolore cronico la malattia primaria di uno o più sedi anatomiche e che comporta una modificazione psicologica o disfunzioni nelle attività quotidiane e sociali;

- i “dolore secondario cronico”, in questo caso il dolore cronico è correlato ad una malattia di base e sono stati individuati sei codici: dolore correlato al cancro, dolore muscoloscheletrico, dolore post-chirurgico o post traumatico, dolore neuropatico, mal di testa o dolore orofacciale e dolore viscerale (WHO, 2023).

Questa nuova classificazione del dolore cronico nell’ICD-11 come malattia permette di avere una diagnosi precoce, un trattamento adeguato facilitando la pratica clinica e andrà a favorire gli studi epidemiologici (Antonia Barke, Beatrice Korwisi, Robert Jakib, 2022).

## **1.2 La demenza**

Per quanto riguarda la definizione di demenza, vediamo che essa è definita quale «disturbo neurocognitivo maggiore» (Gauthier, Rosa-Neto, Morais & Webster, 2021, p. 26).

Si tratta di un insieme di sintomi tali da interferire sul comportamento, sulle abilità di tipo sociale, e quindi sull’autonomia e sulla vita del soggetto. La prima forma di demenza più comune è l’Alzheimer, che si riscontra in particolare negli over 65, e che comporta una trasformazione dell’umore, del comportamento, del pensiero, dovuto alla presenza delle proteine beta-amiloide e tau nelle regioni cerebrali (Gauthier, Rosa-Neto, Morais & Webster, 2021, p. 26).

La seconda forma di demenza più riscontrata è quella vascolare, che si verifica quando si ha un’interruzione del flusso sanguigno al cervello. Le ragioni di questa condizione possono essere ictus, forme di aterosclerosi, fibrillazioni atriali, obesità, ipertensione, diabete.

La terza forma di demenza è detta a corpi di Lewy, nella quale si rintraccia una combinazione tra disturbi di tipo cognitivo propri dell’Alzheimer e la ridotta motilità tipica del Parkinson. Si tratta di una forma difficilmente diagnosticabile proprio per la combinazione di questi fattori ed è dovuta dalla presenza delle proteine alfa-sinucleina che si aggregano in cluster all’interno del cervello, andando a interferire con il corretto funzionamento. Riguardo alla sintomatologia, i soggetti che soffrono di demenza da corpi di Lewy presentano una ricorrenza di disturbi del sonno maggiore di coloro che soffrono di Alzheimer (Gauthier, Rosa-Neto, Morais & Webster, 2021, p. 26).

Il terzo tipo di demenza è detto frontotemporale, caratterizzato da un’atrofizzazione della corteccia frontale e temporale, dovuto alla morte dei neuroni. Analizzando la sintomatologia di questa forma di demenza, che sovente colpisce in età giovanile, si rintracciano modifiche della personalità, del linguaggio, della coordinazione e, più in generale, del comportamento. La quarta forma di demenza è quella giovanile, che si trova nel 3% dei casi, che rintraccia la sua causa nell’Alzheimer, nella demenza vascolare, in quella a corpi di Lewy o in quella frontotemporale (Gauthier, Rosa-Neto, Morais & Webster, 2021, p. 27).

Dal punto di vista diagnostico, non è possibile formulare una diagnosi certa dell’Alzheimer, che viene definito con sicurezza solo post-mortem, ossia con un esame autoptico che identifica le placche amiloidi presenti nel cervello. Dunque, in vita, si può definire l’Alzheimer solo come «probabile» o «possibile». La valutazione cognitiva da parte di un medico rappresenta un primo passo per valutare alcuni segni premonitori, come ansia, depressione, vuoti di memoria,

cambiamento di umore, analizzando segni clinici nella fase di MCI, ossia deterioramento cognitivo lieve, e nel MBI, ossia il deterioramento comportamentale lieve, fase prodromica individuabile tramite la misurazione di biomarcatori. Vengono poi svolti esami del sangue, del liquido cerebrospinale o delle urine, test a livello neuropsicologico, volti alla misurazione della memoria, del problem solving, della concentrazione, e tac a livello cerebrale (Gauthier, Rosa-Neto, Morais & Webster, 2021, p. 28).

Occorre precisare che tanti sono gli ostacoli ad una corretta diagnosi, primo su tutti la diffidenza dei potenziali pazienti. Risulta infatti difficile da parte delle famiglie persuadere i propri familiari a consultare gli operatori sanitari sulla base di disturbi come difficoltà di memoria, o di svolgimento di attività quotidiane, perché questo comporta da parte dei pazienti timore di una perdita di autonomia e di indipendenza di fronte a una possibile diagnosi di demenza (Gauthier, Rosa-Neto, Morais & Webster, 2021, p. 26).

Proprio per questa ragione è però altrettanto fondamentale, nell'ambito delle demenze, la precocità della diagnosi, in modo da formulare terapie adeguate per il contenimento dei sintomi. Come osservato dall'OMS nel 2020, nel futuro si assisterà un forte incremento delle demenze che va di pari passo con l'invecchiamento della popolazione, e questo comporta, in modo inevitabile, la necessità da parte degli operatori sanitari di un'adeguata formazione volta alla gestione dei pazienti affetti da demenza (Gauthier, Rosa-Neto, Morais & Webster, 2021, p. 29).

## **1.2 Il dolore cronico nella demenza**

Il rapporto tra dolore cronico e demenza è tutt'ora molto dibattuta, infatti vediamo che una domanda fondamentale che ruota attorno al legame fra questi due concetti è quella relativa a se la trasformazione nel modo in cui il dolore viene elaborato sia legato al deterioramento generale dell'ambito cognitivo, o altrimenti a specifici tratti del suo funzionamento.

Secondo le ricerche in ambito neuropatologico e del neuroimaging (Scherder et al., 2003), si è definito la presenza di regioni cerebrali che sono fondamentali nel mediare il dolore, descrivendo, in particolare una duplicità di rete neuronale, ossia da un lato il sistema del dolore mediale e dall'altro quello laterale (Sewards & Sewards, 2002). Il primo riguarda amigdala, talamo mediale, ippocampo, cingoli della corteccia anteriore e corteccia prefrontale, e investe principalmente i tratti di tipo cognitivo e valutativo oltreché motivazionale–affettivo proprio del dolore, mentre il sistema del dolore laterale è comprensivo di regioni di tipo somato-sensoriale primario e dei nuclei talamoici laterali. Il dolore laterale media quegli aspetti di carattere sensoriale–discriminativo come localizzazione, intensità e qualità del dolore. Dagli ultimi studi si è poi ipotizzato che possa esistere una terza forma mediatrice del dolore, definito come sistema del dolore rostrale o anche limbico che riguarda, in particolare, gli aspetti di tipo comportamentale, come l'eccessiva agitazione che si verifica nel dolore (Monroe et al., 2012). Analizzando lo studio di Kunz et al. (2015), vediamo che è stata condotta una analisi su domini di tipo cognitivo differente, relativi a orientamento, memoria, pensiero astratto e funzione esecutiva, afasia, aprassia e rapidità elaborativa di informazioni, su un campione di settanta pazienti che mostravano deterioramento cognitivo da lieve a moderato. Si è quindi misurato il tipo di reazione rispetto al dolore, in base alla misurazione della soglia del riflesso di flessione

nocicettivo, denominato con l'acronimo NFR, oltre alla risposta facciale rispetto allo stimolo elettrico nocivo. Si è quindi cercato di individuare quale fosse il dominio relativo alla funzione cognitiva che avrebbe potuto meglio prevedere una variabilità secondo la reattività al dolore. La ricerca ha mostrato come sussista uno stretto legame tra il funzionamento di tipo esecutivo e la reattività al dolore, cosa che consente di affermare che un tipo di neurodegenerazione causata da demenza in particolar modo nell'area prefrontale del cervello può determinare il ridursi della funzione esecutiva oltre che a una riduzione effettiva della componente inibitoria propria del dolore. Ciò comporta, pertanto, una maggiore vulnerabilità al dolore da parte del paziente (Kunz et al., 2015).

Occorre premettere come, a fronte di un generale invecchiamento della popolazione, si registrerà in futuro un incremento di soggetti affetti sia da dolore che da demenza, e inoltre si può affermare su queste basi che si tratti di due concetti strettamente connessi, considerando che è la demenza a determinare il cambiamento di elaborazione del dolore. Guardando all'aspetto neurobiologico, vediamo che si verifica un intersecarsi di aree cerebrali deputate a elaborare il dolore, quelle stesse regioni che vengono in modo inevitabile danneggiate dalla demenza. Nel caso del morbo di Alzheimer si osserva un influsso, in particolare, nei confronti del dolore di tipo mediale e quindi della sfera affettivo-motivazionale implicata nell'elaborare il dolore, con interruzioni che si rintracciano nella corteccia mediale temporale che può incidere sull'elaborazione del dolore ma anche della memoria, che nel caso della demenza viene a declinare. Si osserva poi che si attua, parallelamente, nell'ambito della demenza, un deterioramento delle aree della corteccia prefrontale cerebrale, che è deputata al sistema inibitorio del dolore discendente oltreché nell'ambito del funzionamento di tipo esecutivo. È possibile quindi ricavare che una interruzione di tipo funzionale dell'area prefrontale del cervello può determinare un declino che va di pari passo sia delle modulazioni relative al dolore che della funzione esecutiva, nel quadro di una demenza. Altro aspetto fondamentale nell'analisi del rapporto tra dolore e demenza è, come accennato, quello relativo alla memoria. Se pensiamo, infatti, alla memoria del dolore, è evidente che essa ci preserva da esperienze negative che possono metterci in guardia o preparare all'esperienza del dolore, così come alla riduzione del rischio, nell'ottica di un'azione volta a proteggere dal dolore potenziale, ossia una pianificazione nota come funzione esecutiva. La domanda che Kunz et al. si pongono, dunque, è quale sia il dominio cognitivo maggiormente connesso ai cambiamenti e alla risposta al dolore nel quadro di un declino cognitivo generato da demenza. Dallo studio attuato da Kunz et al. sono emersi principalmente due importanti risultati. Il primo riguarda l'associazione tra un incremento dei livelli del declino cognitivo e un incremento della risposta al dolore, sulla base delle analisi dagli indicatori come espressione facciale del dolore e NFR riflesso. In secondo luogo, è emersa una forte incidenza delle capacità intellettuali e delle funzioni esecutive come elementi in grado di spiegare il cambiamento nella risposta al dolore. Non si è però raggiunto un accordo tra gli studi relativo alla sensibilità al dolore che, se per alcuni pare più forte nel caso di pazienti con demenza, altri negano. In ogni caso è possibile affermare che è la funzione esecutiva del paziente a esplicitare maggiormente le trasformazioni nell'ambito dell'elaborazione del dolore. Si è infatti potuto osservare come, anche sotto il controllo della disfunzione mnemonica nei pazienti con demenza, si deduca la variazione delle risposte al dolore tramite la funzione esecutiva, valutata tramite test sul pensiero astratto e di giudizio i



quali rappresentano componenti essenziali nell'ambito del funzionamento esecutivo. A un loro peggioramento si fa quindi strada, parallelamente, anche un incremento dell'elaborazione del dolore.

Secondo Kunz et al. (2015), vi è una attribuzione della responsabilità delle funzioni corticali di tipo superiore dell'ambito cognitivo da parte della corteccia prefrontale dorso laterale, (DLPC), che influisce anche nel sistema atto al controllo inibitorio di tipo discendente del dolore. Se ne deduce, di conseguenza, che sia possibile rintracciare un contemporaneo declino delle funzioni esecutive accanto al declino della potenza inibitoria del dolore.

L'attivazione del dolore sul DLPC nei malati di Alzheimer si potrebbe quindi interpretare come tentativo di avvio della fase di inibizione corticale del dolore decrescente, generato da un declino della funzione del DLPC, anche se, come osservano Kunz et al. (2015), si tratta di ipotesi in quanto non ci sono studi che hanno analizzato questi aspetti in dettaglio e dunque, non si può affermare in modo certo che un declino funzionale di DLPC rappresenti la causa del peggioramento del funzionamento esecutivo e dell'inibizione del dolore.

Secondo una ricerca di Scherder et al. (2008), vediamo che sussiste un legame tra elaborazione del dolore e funzionamento esecutivo e l'intensità del dolore artritico analizzato nei malati di Alzheimer, esaminato in un legame invertito secondo il quale a un miglioramento delle funzioni esecutive faceva fronte un incremento della percezione del dolore da parte dei pazienti. Lo studio di Fletcher et al. (2015), ha invece mostrato un incremento del dolore in coloro che avevano il lobo frontale danneggiato ma al contempo un risultato non evidente per quanto concerne la demenza semantica e variante comportamentale FTD. Da una ricerca di Denk et al. (2014) si evince l'implicazione della corteccia prefrontale nei momenti di elaborazione del dolore tra i quali inibizione, ricompensa e percezione, e quindi, su queste basi, Kunz et al. sostengono la plausibilità del legame tra l'arresto della funzione esecutiva nei malati che presentano un declino cognitivo da lieve e moderato nel quadro della demenza e un conseguente incremento della risposta al dolore, anche se si prefigura una ricerca che necessita di approfondimenti tramite test che analizzino altre regioni della corteccia prefrontale.

## 2. PROBLEMA

### 2.1 Incidenza del dolore

Il dolore cronico, riconosciuto come un significativo problema sanitario a livello mondiale, affligge approssimativamente il 30% della popolazione globale (Pain Nursing Magazine, 2022). In Europa, la situazione è analogamente preoccupante con una stima che indica 1 adulto su 5 affetto da questa condizione. Particolarmente colpita è l'Italia, dove la percentuale sale al 26% della popolazione. A livello nazionale, l'Italia ha registrato 13 milioni di persone che convivono con il dolore cronico, con un drammatico 19% di questi che ha dovuto attendere oltre 10 anni per una diagnosi corretta (Il Sole 24 Ore, 2022).

Focalizzandosi sulla Regione Veneto, le valutazioni epidemiologiche indicano che la prevalenza di individui specificamente affetti da dolore neuropatico varia tra l'1% e il 2% del totale, ovvero circa 50.000-100.000 persone. Inoltre, coloro che soffrono di "Dolore Malattia" rappresentano il 3% di tutta la popolazione affetta da dolore cronico nella regione, con una prevalenza annua tra 9.000 e 12.000 individui (Regione Veneto, 2017).

Infine, nonostante l'Italia si sia dotata di un quadro normativo per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore con la Legge n. 38 del 2010, la sua applicazione e consapevolezza rimangono una sfida. La legge ha stabilito l'obbligo di attivazione delle Reti regionali di Cure Palliative e di Terapia del Dolore. Tuttavia, la consapevolezza delle opportunità offerte da questa legge tra la popolazione e all'interno della comunità medica è ancora insufficiente, risultando in ritardi nella diagnosi e nel trattamento del dolore cronico (Natoli, Vittori, Cascella, 2022).

### 2.2 incidenza della demenza

Se analizziamo l'incidenza della demenza, vediamo che secondo l'OMS essa viene definita come «priorità mondiale nell'ambito della salute», con una stima di 55 milioni di persone affette da questa disfunzione, che è settima causa di morte al mondo (Ministero della Salute, 2022). Secondo il Global Action Plan 2017-2025 dell'OMS, già dal 2015 sono stati colpiti da demenza almeno 47 milioni persone in tutto il mondo, con una stima di incremento entro il 2030 fino a 75 milioni e 132 milioni entro il 2050; si prevede poi un aumento annuo di 10 milioni di casi nuovi, unitamente a una stima di costi che oltrepassa il trilione di dollari per anno. Fattori di rischio sono l'età, il sesso femminile, in particolare per l'Alzheimer; si stima poi una maggior incidenza di demenze nelle zone più industrializzate, con un 8% di affetti da demenza con età superiore a 65 anni e più del 20% negli over 80. Si stima inoltre il triplicarsi, in Occidente, dei casi di demenza entro i trent'anni futuri (Ministero della Salute, 2022). Le previsioni calcolano che in Italia saranno interessati da demenza, nel 2051, almeno 280 persone di età anziana ogni 100 di età giovanile, mentre allo stato attuale si stima un numero di più di un milione di affetti da demenza, dei quali almeno 600.000 presentano Alzheimer, con tre milioni di persone che dovranno assistere i malati con inevitabili risvolti economici e organizzativi (Ministero della Salute, 2022).

### **1.3 Il dolore cronico e la demenza**

Il trattamento del dolore cronico che le persone con demenza provano sono una vera sfida sanitaria mondiale, prima di tutto perché la popolazione mondiale sta invecchiando e si prevede l'insorgenza di 10 milioni di nuovi casi di demenza all'anno, circa 1 caso ogni 3 secondi (Ministero della Salute, 2022).

Un'importante sfida nella gestione del dolore nelle persone affette da demenza è rappresentata dalla difficoltà nella valutazione del dolore e, di conseguenza, nella scelta del trattamento appropriato. Questi individui spesso incontrano ostacoli nella comunicazione e mostrano un giudizio compromesso. Inoltre, possono manifestare segnali di disagio come l'agitazione, che potrebbero essere indicativi di dolore, ma potrebbero anche essere causati da altre sensazioni, come la fame o la frustrazione psicologica (Pain Nursing, 2023). Di conseguenza, la valutazione del dolore nelle persone con demenza non può affidarsi semplicemente al loro self report, come si farebbe comunemente nella pratica clinica. In effetti, uno studio condotto da Lukas et al. ha dimostrato che all'aumentare del deterioramento cognitivo, misurato tramite il punteggio ottenuto nel Mini Mental State Examination (MMSE), la capacità di valutare il proprio dolore perde di validità.

Per far fronte a questo problema, sono stati ideati delle scale di valutazione del dolore osservazionali e comportamentali al fine di consentire ai professionisti della salute, come medici, infermieri o caregiver, di identificare il possibile dolore del paziente attraverso segni e comportamenti che possono essere correlati al disagio, anziché affidarsi alle parole del paziente.

È fondamentale sottolineare che l'uso di queste scale richiede una formazione specifica e una competenza da parte dei professionisti, poiché la valutazione si basa su una comprensione approfondita dei comportamenti che possono indicare la presenza di dolore in un individuo specifico. In aggiunta, è rilevante notare che queste scale di valutazione, sebbene strumenti preziosi, presentano delle limitazioni intrinseche che non devono essere trascurate. Comprendere appieno queste limitazioni è essenziale per una valutazione accurata del dolore. Pertanto, gli operatori sanitari dovrebbero considerare attentamente questi aspetti durante il processo di valutazione e integrare le informazioni raccolte con altre fonti cliniche al fine di ottenere una valutazione completa e ben ponderata del dolore del paziente (Pain Nursing, 2014).

## **3. MATERIALI E METODI**

### **3.1 Obiettivo**

L'obiettivo di questo studio è quello di andare ad identificare i metodi più efficaci per riconoscere la presenza di dolore nelle persone affette da demenza, nonché esaminare l'efficacia delle diverse strategie terapeutiche impiegate per alleviare il dolore cronico in questa popolazione vulnerabile

### **3.2 Disegno di studio**

È stata redatta una revisione della letteratura.

### **3.3 Quesito di ricerca**

1. Quali strumenti vengono utilizzati per identificare la presenza di dolore nelle persone affette da demenza?
2. Quali sono i trattamenti più efficaci per alleviare il dolore cronico nelle persone con demenza?

### **3.4 Banche dati consultate**

Il materiale per la ricerca è stato selezionato attraverso la consultazione di banche dati elettroniche, quali Pubmed, Cinahl e Scopus, nel periodo tra Marzo 2023 e Agosto 2023.

### **3.5 Parole chiave e metodo PICO**

È stato utilizzato il metodo PICO per la formulazione delle parole chiave a partire dal quesito di ricerca e, successivamente, è stata costruita una tabella in cui sono state inserite le keywords correlate.

Tabella I: PIO relativo al quesito di ricerca: Quali strumenti vengono utilizzati per identificare la presenza di dolore nelle persone affette da demenza?

PIO	PAROLE CHIAVE	KEYWORDS
<b>P</b>	Persona anziana con demenza	Older dementia
<b>I</b>	Scale di valutazione	Rating scales
<b>O</b>	Valutazione dolore cronico	Evaluation chronic pain

Tabella II: PIO relativo al quesito di ricerca: Quali sono i trattamenti più efficaci per alleviare il dolore cronico nelle persone con demenza?

PIO	PAROLE CHIAVE	KEYWORDS
<b>P</b>	Persona anziana con demenza	Dementia
<b>I</b>	trattamento farmacologico e trattamento non farmacologico	pharmacological treatment, non-pharmacological treatment
<b>O</b>	Dolore cronico riduzione efficacia dal dolore cronico Strategia efficace	Chronic pain reduction Chronic pain efficacy Effective strategy

### 3.6 Stringhe di ricerca

Dopo aver individuato le parole chiave relative al quesito di ricerca sono state create, come riportato di seguito in Tabella III-IV, le stringhe di ricerca utilizzate rispettivamente per ogni banca dati. Tali parole chiave sono state utilizzate in combinazione con l'operatore booleano "AND". La consultazione dei documenti in formato digitale è stata resa disponibile dal servizio di Auth-Proxy fornito dalla biblioteca Pinali dell'Università di Padova.

Tabella III Stringhe di ricerca inserite nelle banche dati relativo al primo quesito di ricerca: Quali strumenti vengono utilizzati per identificare la presenza di dolore nelle persone affette da demenza?

Quesito	Database	Stringa	Risultati	Articoli Selezionati	Flow-chart	Ultima visualizzazione
<b>1</b>	Pubmed	Chronic pain AND Dementia AND Rating scales	14	6	Allegato 1	31/09/23
<b>1</b>	Google Scholar	Chronic pain AND older dementia AND Evaluation chronic pain	2	0		

Tabella IV. Stringhe di ricerca inserite nelle banche dati relativo al secondo quesito di ricerca: Quali sono i trattamenti più efficaci per alleviare il dolore cronico nelle persone con demenza?

Quesito	Database	Stringa	Risultati	Articoli Selezionati	Flow-chart	Ultima visualizzazione
2	PubMed	Dementia AND pharmacological treatment AND Chronic pain redution	2	1	Allegato 2	30/10/2023
2	PubMed	Dementia AND pharmacological treatment AND Chronic pain efficacy	5	2		
2	PubMed	Dementia AND pharmacological treatment AND effective strategy	3	2		
2	Pubmed	Dementia AND non-pharmacological treatment AND Chronic pain efficacy	7	1		
2	Scopus	Dementia AND non-pharmacological treatment AND Chronic pain efficacy	1	0		

### 3.7 Limiti inseriti

Sono stati presi in considerazione articoli pubblicati su Pubmed, Scopus e Google Scholar negli ultimi cinque anni, dal 2019 al 2023, pubblicati in lingua inglese.

### 3.8 Criteri di inclusione ed esclusione

Per effettuare la ricerca sono stati innanzitutto chiariti i criteri di inclusione ed esclusione degli studi (Tabella VI). Sono state quindi inserite le stringhe di ricerca e sono stati individuati, attraverso una prima analisi di titolo ed abstract, gli studi potenzialmente rilevanti.

Nella selezione degli studi, gli articoli presenti tra i risultati di più stringhe di ricerca sono stati considerati solamente una volta.

Tabella VI. Criteri di inclusione ed esclusione degli studi.

Database	Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Pubmed Scopus Google Sholar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Studi relativi a pazienti con demenza</li> <li>- Studi riguardanti pazienti affetti da demenza che risiedono in case di riposo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Studi riguardanti i caregiver dei pazienti con demenza</li> <li>- Studi sull'interazione tra il caregiver e il paziente con demenza</li> </ul>

## 4. RISULTATI

La selezione degli articoli ricavati in base alle stringhe di ricerca ha portato ad un totale di 12 studi. La flow-chart (Allegato 1) ne rappresenta sinteticamente il processo.

Gli 12 studi selezionati comprendono: 6 revisioni sistematiche (Achterberg W et al. (2019), Cravello L. et al (2019), scuteri D et al. (2022), Felton N. et al. (2021), Rekatsina M. et al. (2022) e Blanton H. et al. (2023)), 2 studi longitudinali (Natavio T. et al. (2020) e Helvik A. et al. (2022)), 2 studi osservazionali retrospettivi (Atee et al. (2022) e Rangfast I. et al. (2022)), uno studio osservazionale (Novak t. et al. (2019)) e uno studio crossover randomizzato in cieco controllo (Van Dam P. H. et al. (2020)).

Per ogni articolo sono state sintetizzate le informazioni riguardanti il titolo, l'autore, la data di pubblicazione, la tipologia di studio, la rivista in cui è stato pubblicato, l'obiettivo, il campione, materiali e metodi, i risultati ottenuti, i limiti dello studio e le conclusioni (Allegato 3).

## 5. DISCUSSIONE

### 5.1 Quali strumenti vengono utilizzati per identificare la presenza di dolore nelle persone affette da demenza?

Dalla revisione della letteratura sono stati selezionati n. 6 studi che esaminano e delineano scale di valutazione del dolore specifici per gli individui affetti da demenza. Inoltre, sono state esplorate innovative metodologie basate sull'intelligenza artificiale per la determinazione e riconoscimento del dolore attraverso l'espressione facciale.

Per garantire una gestione efficace del dolore, è essenziale rispettare determinati criteri chiave. Una valutazione approfondita e meticolosa del dolore, che considera elementi quali l'intensità, la localizzazione e la natura dello stesso, è di fondamentale importanza (Achterberg et al., 2019). Ciononostante, l'attività di identificazione e valutazione del dolore nei pazienti con demenza si rivela essere un compito clinico di considerevole complessità. Secondo una revisione della letteratura condotta da Achterberg et al. (2021), sono state descritte e analizzate diverse scale utilizzate per quantificare il dolore in questo gruppo di pazienti. La pratica dell'auto-segnalazione, generalmente considerata il gold standard nella valutazione del dolore, mostra crescenti limitazioni dovute a compromissioni cognitive e barriere linguistiche proprie della demenza. Tuttavia, è fondamentale non trascurare questa pratica, particolarmente nelle fasi iniziali e intermedie della patologia. Come indicato da studi basati sul Mini Mental State Examination (MMSE), un punteggio inferiore a 18 potrebbe rappresentare un punto di demarcazione tra individui in grado di auto-segnalare il dolore e coloro che non ne sono più capaci (Achterberg et al., 2019). Quindi, quando vengono somministrate le scale di autovalutazione del dolore in individui con demenza, è essenziale adattarle in base alle capacità cognitive del singolo paziente. Gli studi condotti da Achterberg et al. (2021) e Cravello L. et al. (2019) evidenziano l'applicabilità di diverse scale auto-report come la Scala Analogica Visiva (VAS), la Scala di Valutazione Verbale e la Scala dei Volti. Tuttavia, la VAS, che richiede al paziente di correlare una lunghezza di linea all'intensità del dolore percepito, può risultare complessa per molti pazienti, persino nelle fasi iniziali della demenza. Si suggerisce quindi di privilegiare scale numeriche o verbali semplificate e, nelle fasi avanzate della patologia, di adottare domande categoriche binarie (risposte "sì" o "no"). Nonostante ciò, la comprensione delle istruzioni inerenti a queste scale semplificate non assicura sempre una corretta auto-segnalazione del dolore da parte del paziente. Di conseguenza, al manifestarsi di un marcato declino cognitivo e linguistico, diventa opportuno integrare la valutazione auto-report con un approccio osservativo, il quale assume un'importanza crescente nelle fasi avanzate della demenza. Un'indagine in Europa ha esaminato gli strumenti usati per misurare il dolore negli anziani con demenza. Sono state identificate 17 diverse scale di valutazione, dove 5 sono scale di auto-valutazione:

- i Numerical Rating Scale (NRS)
- i Visual Analogue Scale (VAS)
- i Verbal Rating Scale (VRS)
- i Faces Rating Scale (FRS)
- i Universal Pain Assessment Tool (Paine)



Mentre le restanti tredici scale sono scale osservazionali:

- ï Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)
- ï Valutazione del dolore nella demenza avanzata (PAINAD)
- ï Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID)
- ï MOBID2
- ï Abbey Pain Scale
- ï Disability Distress Scale (DisDat)
- ï Pade
- ï Doloplus
- ï NoPain
- ï Pain Assessment Scale for Seniors with Severe Dementia (Pacslac)
- ï Checklist of Nonverbal pain indicators (CNPI)
- ï Assessment of Discomfort in Dementia (ADD)
- ï Bolton Pain Assessment Tool (BPAT)

Tra queste, le più usate sono PACSLAC e PAINAD, create da esperti di demenza e riconosciute a livello internazionale. Ci sono anche altre scale come MOBID, MOBID2 e Abbey Pain Scale. Quest'ultima è molto usata in UK e Australia, ma manca di alcune validazioni. Nonostante queste scale siano facili da utilizzare, possono essere difficili da interpretare, poiché si basano spesso sulle espressioni facciali dei pazienti. Inoltre, c'è una carenza di formazione su come usarle (Felton N. et al., 2021). In questo contesto, lo studio di Natavio, T. et al. (2020) ha esaminato l'efficacia di PACSLAC e PAINAD nell'osservare e valutare i comportamenti associati al dolore in risposta a uno stimolo doloroso, mettendo in luce l'importanza della scelta dello strumento più affidabile per tali pazienti.

Il PACSLAC è uno strumento di valutazione del dolore osservazionale composto da 60 elementi, presentati come una lista di controllo. Questi elementi coprono una vasta gamma di comportamenti e segnali associati al dolore, utili per individui che non possono comunicare verbalmente il loro disagio. Ciascun item è ponderato in base alla sua importanza nella valutazione complessiva del dolore. I punteggi ottenuti con il PACSLAC variano da 0 a 60, indicando l'intensità del dolore osservato. Questo strumento consente una valutazione precisa e misurabile del dolore. Un aspetto chiave del PACSLAC è la sua affidabilità, con un'ottima uniformità interna e una grande affidabilità tra chi lo valuta, dimostrando che il PACSLAC è coerente e affidabile nell'identificare il dolore osservato. Questo strumento ha anche evidenziato validità, correlandosi con eventi dolorosi, comportamenti fisici legati al dolore e auto-segnalazioni di dolore. Tuttavia, è importante riconoscere alcuni svantaggi e limiti del PACSLAC. La sua interpretazione è soggettiva, e non identifica la causa sottostante del dolore. Inoltre, il PACSLAC non sostituisce la comunicazione verbale e richiede formazione per un uso accurato (Natavio, T. et al., 2020).

Il PAINAD, invece, è uno strumento specificamente progettato per la valutazione del dolore negli individui con demenza avanzata o con limitate capacità di comunicazione verbale. Questo strumento ha mostrato una forte correlazione con altre misure di dolore ed è riconosciuto per la sua affidabilità e validità. Fondato sull'osservazione del comportamento, il PAINAD valuta cinque aspetti principali: vocalizzazioni negative, linguaggio del corpo, consolabilità, respirazione ed espressione facciale. Ogni aspetto viene misurato su una scala da 0 a 2, risultando in un punteggio totale tra 0 e 10, che indica l'intensità del dolore. Una delle principali caratteristiche del PAINAD è la sua semplicità, rendendolo facilmente utilizzabile da diversi operatori sanitari. Tuttavia, è essenziale riconoscere i limiti di questo strumento. Il PAINAD si focalizza principalmente sull'intensità del dolore, tralasciando dettagli riguardanti la causa o la specifica natura del malessere. L'interpretazione dei comportamenti può essere soggettiva e variare a seconda dell'osservatore. Pur essendo utile, il PAINAD non dovrebbe sostituire la comunicazione verbale quando è disponibile, e bisogna tenere presente che le manifestazioni del dolore possono differire considerevolmente tra gli individui (Natavio, T. et al., 2020).

In conclusione, nello studio di Natavio, T. et al. (2020) si è sottolineato che il PACSLAC, composto da 60 elementi, fornisce una dettagliata descrizione dei comportamenti legati al dolore e si è rivelato un mezzo affidabile e valido, anche se necessita di una specifica formazione per essere utilizzato correttamente. Il PAINAD, al contrario, è più diretto e facile da adottare per gli operatori sanitari, focalizzandosi principalmente sull'intensità del dolore, pur potendo essere interpretato in modo più soggettivo. Anche se le due scale presentano diverse caratteristiche nello svolgimento, entrambi gli strumenti, tuttavia, si sono dimostrati validi e affidabili in diverse situazioni. Eppure, una sottile predominanza tra gli infermieri tende a favorire il PAINAD, forse per la sua velocità nello svolgimento. D'altro canto, alcuni professionisti del settore valorizzano l'approfondimento offerto dal PACSLAC, in particolare per i pazienti non in grado di parlare (Natavio, T. et al., 2020).

In Italia, da poco è stata convalidata una nuova scala di valutazione osservazionale denominata I-MOBID2, progettata specificamente per valutare il dolore nei pazienti affetti da demenza grave. Questa evoluzione rappresenta un passo significativo nel campo della medicina geriatrica e neurologica, poiché affronta una delle sfide più pressanti nel trattamento della demenza: la difficoltà di comunicare e quindi di identificare e gestire efficacemente il dolore in questi pazienti (Scuteri, D. et al., 2022).

La scala I-MOBID2 è divisa in due parti: la prima, che valuta il dolore muscolo-scheletrico attraverso specifici indicatori comportamentali osservati durante cinque movimenti guidati, e la seconda, che si concentra sul dolore degli organi interni, della testa e della pelle. L'introduzione dell'I-MOBID2 offre ai professionisti medici in Italia uno strumento fondamentale per la valutazione e il trattamento del dolore in pazienti con demenza grave, considerando le specifiche sfide associate alla comunicazione e alla diagnosi in questa popolazione" (Scuteri, D. et al., 2022). La prima sezione della scala I-MOBID2, come illustrato da Scuteri, D. (2022) nell'allegato (allegato 3); si dedica all'indagine del dolore muscolo-scheletrico. Durante questa fase, si presta attenzione al comportamento del paziente in risposta a cinque specifici movimenti, tra cui l'apertura delle mani, l'allungamento delle braccia, la mobilizzazione delle ginocchia e delle anche, la rotazione nel letto e il posizionamento seduto.

L'osservazione di tali movimenti si accompagna all'identificazione di vari indicatori di dolore, tra cui rumori distintivi, espressioni facciali e comportamenti difensivi. L'accurata osservazione di queste manifestazioni consente agli esperti di determinare con precisione la localizzazione e l'intensità del dolore muscolo-scheletrico nel paziente.

Nella valutazione del dolore, specialmente nei pazienti non comunicativi affetti da demenza grave, la scala I-MOBID2, introdotta da Scuteri, D. (2022), si presenta come una innovativa soluzione osservazionale. Questa scala, specificamente sviluppata per analizzare sia le condizioni di dolore muscolo-scheletriche che viscerali, ha dimostrato, attraverso un processo di traduzione e adattamento, di mantenere le qualità psicometriche dell'originale MOBID2. Una delle sue principali caratteristiche è l'efficacia nella pratica clinica, richiedendo appena 5-6 minuti per una completa valutazione. La peculiarità dell'I-MOBID2 risiede nella sua "mappa del dolore", uno strumento che consente di identificare con precisione le aree del corpo in cui il paziente percepisce dolore, fornendo non solo una localizzazione specifica, ma anche una visione dell'estensione del dolore sulla superficie corporea. La sua analisi dettagliata, combinata con la sua applicabilità, fa dell'I-MOBID2 uno strumento di grande promessa nella gestione del dolore in pazienti con demenza. È importante sottolineare che la validità e l'efficacia dell'I-MOBID2 sono attualmente oggetto di uno studio multicentrico, mirato a esplorare la sua reattività al cambiamento, sia in relazione al trattamento analgesico che all'agitazione (Scuteri, D. et al., 2022).

Con l'avanzamento della demenza, valutare il dolore percepito diventa sempre più complesso a causa della diminuita capacità del paziente di comunicare verbalmente. In tali circostanze, la valutazione del dolore si sposta verso le manifestazioni non verbali. Questi segnali includono comportamenti come espressioni facciali e suoni emessi dal paziente, che, pur non essendo parole, possono indicare dolore o disagio. Le ricerche, tra cui quelle di Atee M. et al. (2022), indicano che le espressioni facciali sono tra i principali indicatori comportamentali del dolore nelle persone con demenza avanzata. Poiché sono dinamiche, spontanee, variegata e codificabili, le espressioni facciali rappresentano un indicatore contestualmente rilevante e distintivo, rendendole fondamentali per le valutazioni del dolore in questi pazienti.

Tuttavia, determinare le espressioni facciali nelle persone con demenza avanzata può essere complesso. Per questo motivo, è stato suggerito l'uso dell'intelligenza artificiale attraverso un'applicazione chiamata PainChek®. Questa applicazione utilizza l'intelligenza artificiale per analizzare le espressioni facciali e identificare specifici segni di dolore in tempo reale. Disponibile su dispositivi smart, PainChek® classifica l'intensità del dolore in categorie come «nessun dolore», «dolore lieve», «dolore moderato» e «dolore grave», basandosi su una scala di 42 elementi suddivisi in sei domini: Faccia, Voce, Movimento, Comportamento, Attività e Corpo. Il dominio "Face" è particolarmente innovativo poiché sfrutta l'intelligenza artificiale per riconoscere e analizzare le espressioni del paziente, identificando specifiche caratteristiche associate alla percezione del dolore. In conclusione, PainChek® rappresenta una soluzione tecnologica all'avanguardia che combina ricerca medica e innovazione informatica per fornire uno strumento preciso ed efficiente nella valutazione del dolore in tempo reale in una popolazione in cui la riconoscenza del dolore è una sfida (Atee M. et al., 2022).

## 5.2 Quali sono i trattamenti più efficaci per alleviare il dolore cronico nelle persone con demenza?

La gestione del dolore nelle persone affette da demenza è una questione complessa e multidimensionale che va ben oltre la semplice prescrizione di farmaci. Ogni paziente presenta esigenze uniche, determinate dalla fase della malattia, dalla presenza di altre patologie e dalle loro specifiche risposte ai trattamenti. Il trattamento farmacologico, pur essendo uno degli approcci più comuni, necessita di una strategia accuratamente pianificata (Achterberg et al. nel 2019). Questo perché, oltre a considerare l'efficacia del farmaco nel ridurre il dolore, è essenziale tener conto delle potenziali interazioni con altri medicinali e degli effetti collaterali, che in persone con demenza possono manifestarsi in modo diverso rispetto alla popolazione generale (Cravello et al., 2019).

Secondo l'articolo di Achterberg et al. nel 2019, esistono diversi gruppi di farmaci che sono comunemente preferiti nella pratica clinica per trattare il dolore in questa popolazione:

- Paracetamolo
- Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)
- Oppioidi
- Analgesici adiuvanti

Le attuali linee guida sul dolore e le revisioni della letteratura indicano il paracetamolo come un approccio di prima linea nella gestione del dolore, anche nei pazienti con demenza (Cravello et al., 2019). Tuttavia, la sua efficacia come trattamento universale è stata messa in discussione da alcuni studi recenti. Uno studio particolarmente rilevante, condotto da van Dam, P.H., et al. (2020), ha messo in luce risultati interessanti. Nel loro esperimento, i partecipanti, tutti pazienti con diagnosi di demenza, sono stati suddivisi in gruppi randomizzati. Per un periodo di sei settimane, un gruppo ha assunto paracetamolo, mentre l'altro è stato trattato con un placebo. Contrariamente alle aspettative, i risultati hanno mostrato che il paracetamolo non ha portato a miglioramenti significativi nella qualità della vita rispetto al placebo. Questo suggerisce che, nonostante le raccomandazioni generali, l'efficacia del paracetamolo potrebbe non essere universale e potrebbe variare a seconda delle specifiche condizioni e popolazioni. In uno studio recentemente condotto in Norvegia, si è esplorata la tendenza nella prescrizione di analgesici, in particolare oppioidi e paracetamolo, tra i pazienti affetti da demenza al momento del loro ingresso in strutture di cura. Una delle principali osservazioni emerse è che il paracetamolo rappresenta l'analgesico più frequentemente prescritto a questa popolazione di pazienti. Al momento dell'ingresso nello studio, quasi la metà dei partecipanti aveva già ricevuto prescrizioni di paracetamolo e/o oppioidi come trattamento per il dolore. Questa percentuale è cresciuta progressivamente nel corso del tempo, con il 49,7% delle persone che avevano ricevuto analgesici inizialmente, salendo al 65,1% nel secondo anno e raggiungendo il 71,2% nel terzo anno di controllo. In ciascuna di queste fasi, il paracetamolo è risultato essere l'analgesico più prescritto. L'analisi ha inoltre rilevato che i pazienti con livelli di dolore più elevati al momento dell'ammissione erano significativamente più propensi a ricevere paracetamolo, evidenziando la necessità di un'attenta valutazione del dolore in questi pazienti.

Questi risultati sottolineano l'importanza di un monitoraggio e una gestione accurati del dolore nelle persone affette da demenza, tenendo in considerazione i potenziali rischi e benefici associati alla prescrizione di analgesici, in particolare il paracetamolo, in questa popolazione vulnerabile. (Helvik AS et al., 2022). In sintesi, la crescente prescrizione di paracetamolo per le persone con demenza evidenzia il suo rilievo nel contesto attuale della gestione del dolore. Tuttavia, alla luce delle evidenze contrastanti sulla sua efficacia, diventa essenziale approfondire le ricerche. Questo al fine di fondare le decisioni terapeutiche su dati concreti e assicurare il massimo beneficio per questa popolazione vulnerabile.

Gli oppioidi sono riconosciuti come una classe terapeutica fondamentale nella gestione clinica del dolore, con applicazioni sia in ambito oncologico che in patologie non oncologiche (Rekatsina M. et al., 2022). Lo studio Rekatsina M. et al. (2022) ha analizzato la prevalenza dell'uso di oppioidi tra i residenti delle case di cura. I risultati indicano:

1. Buprenorfina
2. Codeina associata al paracetamolo
3. Ossicodone
4. Tramadolo
5. Fentanil (via transdermica)
6. Morfina
7. Idromorfone: Non risulta essere utilizzato in questa specifica popolazione.

Tra gli oppioidi, la buprenorfina si distingue come il farmaco più frequentemente somministrato, trovando una prevalenza di utilizzo del 60% tra i residenti di strutture di cura per gli anziani, specialmente in quelli affetti da demenza. Allo stesso modo, molecole come la codeina, spesso co-somministrata con il paracetamolo, e l'ossicodone giocano un ruolo significativo in questo panorama terapeutico (Rekatsina M. et al., 2022). La ricerca condotta da Helvik AS et al. (2020) ha ulteriormente approfondito la questione, sottolineando che molti pazienti, specialmente quelli con livelli elevati di dolore al momento del loro ingresso nelle strutture di assistenza, ricevono oppioidi. Nonostante il paracetamolo rimanga l'analgesico di prima scelta, l'uso degli oppioidi è frequente, suscitando preoccupazioni date le potenziali complicanze e la vulnerabilità dei pazienti con demenza.

Le potenziali complicanze legate all'uso inappropriato degli oppioidi sono state dettagliatamente analizzate e discusse nei lavori di Rekatsina M. et al. (2022) e Cravello et al. (2019):

- Effetti Cognitivi e Neurologici:  
Gli oppioidi possono causare stanchezza, confusione, visioni e problemi di memoria, particolarmente accentuati negli anziani (Rekatsina M. et al., 2022). Questi farmaci possono causare sedazione e delirio, rendendo difficile per il paziente interagire con l'ambiente circostante (Cravello et al., 2019).
- Rischi Muscolo-scheletrici:  
L'uso di oppioidi è associato ad un incremento del rischio di cadute e fratture, in particolari fratture dell'anca negli anziani con demenza (Rekatsina M. et al., 2022). Questo rischio varia a seconda del tipo di oppioide, essendo più pronunciato con oppioidi forti (Rekatsina M. et al., 2022).

- **Problemi Gastrointestinali:**  
Gli oppioidi, in particolare morfina e ossimorfone, possono causare stipsi (Rekatsina M. et al., 2022). Al contrario, la buprenorfina e il fentanil, quando somministrati attraverso la pelle, tendono a causare meno problemi di stitichezza (Rekatsina M. et al., 2022).
- **Metabolismo e Escrezione:**  
L'accumulo di metaboliti è una preoccupazione, specialmente in pazienti anziani con funzionalità renale o epatica ridotta (Rekatsina M. et al., 2022). L'emivita degli oppioidi e dei loro metaboliti può aumentare in tali pazienti, necessitando una regolazione delle dosi (Rekatsina M. et al., 2022).
- **Depressione Respiratoria:**  
Gli oppioidi, in particolare morfina, fentanil e metadone, possono ridurre la respirazione, causando potenziali episodi di apnea (Rekatsina M. et al., 2022). La buprenorfina presenta un minor rischio in questo contesto e i suoi effetti possono essere invertiti con antagonisti come il naloxone (Rekatsina M. et al., 2022).
- **Immunosoppressione:**  
Alcuni oppioidi, come la morfina, possono avere effetti immunosoppressivi, influenzando negativamente il sistema immunitario (Rekatsina M. et al., 2022).
- **Interazioni Farmacologiche:**  
È fondamentale considerare le possibili interazioni tra gli oppioidi e altri farmaci, come i farmaci psicotropi (Rekatsina M. et al., 2022; Cravello et al., 2019). La genetica del paziente può influenzare le reazioni ad oppioidi specifici, come l'ossicodone, il tramadolo e la buprenorfina (Rekatsina M. et al., 2022).

In conclusione, la gestione del dolore, in particolare tra i residenti delle case di cura e gli anziani con demenza, è un'area di crescente interesse e preoccupazione nella pratica clinica. Gli oppioidi, pur essendo strumenti terapeutici potenti, presentano una serie di sfide e potenziali complicanze che richiedono un'attenta valutazione e monitoraggio. I rischi associati all'uso di oppioidi in popolazioni vulnerabili, come gli anziani con demenza, sottolineano la necessità di linee guida cliniche chiare e di un uso responsabile di questi farmaci. La letteratura, come evidenziato dai lavori di Rekatsina M. et al. (2022) e Cravello et al. (2019), offre una panoramica dettagliata delle potenziali sfide e offre spunti per future ricerche e approcci terapeutici mirati. La chiave risiede nella personalizzazione del trattamento, nell'educazione dei professionisti della salute e nella continua ricerca per garantire la sicurezza e il benessere dei pazienti. Gli analgesici adiuvanti sono medicinali inizialmente formulati per indicazioni terapeutiche diverse dal dolore, ma che hanno successivamente dimostrato proprietà analgesiche. Questi sono frequentemente impiegati come terapie aggiuntive, in particolare per il dolore neuropatico. Tra i più noti in questo contesto si annoverano gli antidepressivi triciclici e gli antiepilettici (Cravello et al., 2019). Tuttavia, l'uso di alcuni di questi farmaci negli anziani con demenza presenta sfide significative. Gli antidepressivi triciclici, ad esempio, non sono raccomandati per il trattamento del dolore in questo tipo di popolazione a causa dei loro effetti collaterali anticolinergici e di altri gravi effetti collaterali, come incontinenza urinaria, ipotensione, sedazione, che possono aumentare il rischio di cadute e altre complicanze (Cravello et al., 2019).

Al contrario, gli antidepressivi della serotonina e degli inibitori della ricaptazione della noradrenalina (SNRI), come la duloxetine, sono generalmente considerati più efficaci e meglio tollerati. Mentre gli antiepilettici di vecchia generazione, come la carbamazepina e la fenitoina, hanno dimostrato efficacia nel dolore neuropatico, il loro uso negli anziani può essere problematico a causa degli effetti collaterali e della necessità di monitoraggio (Cravello et al., 2019).

L'uso di farmaci anticolinergici negli anziani può interagire con gli oppioidi, peggiorando la memoria e altre funzioni cognitive. Questa combinazione amplifica gli effetti collaterali neurologici degli oppioidi e potenzia effetti indesiderati come la ritenzione urinaria e la nausea (Rekatsina M. et al., 2022).

Relativamente alla demenza, è importante sottolineare che la sindrome comportamentale tipica della demenza può spesso essere trattata con antipsicotici. Tuttavia, la loro interazione con analgesici adiuvanti non è stata ampiamente studiata. Considerando le potenziali complicanze associate all'uso combinato di questi farmaci, è essenziale esercitare cautela e condurre ulteriori ricerche per comprendere meglio le potenziali interazioni e i rischi.

Una proposta di approccio innovativo farmacologico al trattamento del dolore cronico in individui affetti da demenza proviene dallo studio di revisione di Blanton, H. et al. (2023). In questo studio, gli autori vanno ad esplorare le capacità del sistema endocannabinoide, suggeriscono una terapia farmacologica come valida alternativa ai metodi convenzionali. Questa proposta basata sul sistema endocannabinoide, non solo offre una soluzione potenzialmente più sicura e con minori effetti collaterali, ma potrebbe anche aprire la porta a nuovi percorsi di ricerca e applicazione clinica. L'approccio di avanguardia di questo studio lo posiziona come un punto di riferimento nel campo, suggerendo che il futuro della gestione del dolore cronico nella demenza potrebbe essere arricchito da terapie alternative che si focalizzano sul benessere complessivo del paziente.

Nella gestione del dolore cronico nelle persone affette da demenza, oltre alla scelta del trattamento farmacologico appropriato, emerge un'altra questione di notevole rilevanza: l'inappropriata somministrazione delle terapie in questa popolazione. Uno studio condotto in Svezia da Rangfast, I. et al. (2022), ha esaminato l'uso di farmaci potenzialmente inappropriati in una popolazione anziana affetta da demenza. Il termine 'farmaci potenzialmente inappropriati' si riferisce a farmaci il cui rischio potrebbe superare i benefici e che, di conseguenza, comportano un aumento dell'ospedalizzazione e della mortalità tra gli anziani.

Questa ricerca ha evidenziato una significativa riduzione nell'uso di farmaci considerati potenzialmente inappropriati tra i pazienti affetti da gravi disturbi neurocognitivi nel periodo di studio (2012-2017). Tale tendenza è stata osservata in linea con altri studi condotti in Svezia, che hanno esaminato l'utilizzo di questi farmaci sia in ambienti di assistenza sanitaria che nell'intera popolazione di individui di età pari o superiore a 65 anni (Rangfast, I. et al., 2022). Un dato rilevante è stato l'aumento dell'uso di farmaci antipsicotici durante lo stesso periodo, passando dall'11,6% nel 2012 al 12,3% nel 2017. Questa classe di farmaci è diventata la più prescritta, nonostante la loro prevalenza sia risultata inferiore rispetto a studi precedenti.

Il secondo gruppo di farmaci più comunemente utilizzato è stato rappresentato dai farmaci anticolinergici, infatti è stata documentata una riduzione dell'uso di questi farmaci nel corso degli anni, un risultato positivo in quanto questi farmaci possono generare effetti avversi

significativi, come confusione e compromissione della memoria, specialmente nei pazienti affetti da gravi disturbi neurocognitivi, a causa dell'interazione con il sistema colinergico. Inoltre, tali farmaci possono interferire con i potenziali benefici derivanti dall'uso degli inibitori della colinesterasi, farmaci utilizzati per il trattamento dei disturbi cognitivi.

Lo studio ha inoltre identificato una diminuzione nell'uso di farmaci come il tramadolo, la codeina e i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nel 2017 rispetto al 2012. È rilevante notare che la percentuale globale di pazienti che utilizzavano tali farmaci potenzialmente inappropriati era bassa in entrambi gli anni.

Questi risultati possono essere attribuiti a diversi fattori, tra cui un aumento dell'interesse e della consapevolezza da parte degli operatori sanitari riguardo all'uso appropriato dei farmaci negli anziani e nei pazienti con disturbi neurocognitivi, aggiornamenti delle linee guida mediche, un miglioramento nella formazione medica, pratiche prescrittive più caute, ricerca scientifica continua e sistemi di monitoraggio più efficaci delle prescrizioni.

In conclusione, questa ricerca riflette una tendenza positiva verso una riduzione nell'uso di farmaci potenzialmente inappropriati tra i pazienti anziani con disturbo neurocognitivo, suggerendo miglioramenti nelle pratiche prescrittive e una maggiore consapevolezza riguardo ai rischi associati a tali farmaci (Rangfast, I. et al., 2022).

### **5.2.1 Approcci non farmacologici per il dolore cronico nella demenza**

Nell'articolo di Achterberg et al. (2019) viene scritto che si è verificata una crescente attenzione verso le terapie non farmacologiche per questa popolazione specifica. La recente ricerca ha indicato una marcata tendenza verso l'incorporazione di tali approcci, data la crescente preoccupazione per l'uso prolungato di oppioidi e altri farmaci analgesici nei pazienti anziani, soprattutto quelli con compromissione cognitiva.

Nella ricerca di Achterberg et al., l'esercizio fisico emerge come un potenziale intervento non farmacologico efficace, con evidenze che suggeriscono potenziali benefici anche per i pazienti con demenza. Tuttavia la scelta del programma deve essere ponderata in base alle condizioni fisiche e cognitive del paziente, dei potenziali rischi, come le cadute, e dei fattori ambientali. La musicoterapia, che impiega la musica come strumento terapeutico, ha mostrato di poter attenuare problemi comportamentali come l'agitazione e i comportamenti aggressivi in individui con demenza. Tuttavia, la sua efficacia può variare in base alle preferenze musicali del paziente. La gestione comportamentale, che utilizza tecniche di rinforzo positivo, può aiutare a modulare comportamenti problematici, sebbene richieda una formazione specifica. Altre terapie, come la riflessologia, che stimola punti riflessi sulle mani e sui piedi, il Reiki, una pratica di guarigione energetica, e la terapia con sedia a dondolo, che sfrutta un movimento ritmico e calmante, hanno mostrato potenziali benefici nella riduzione del dolore e dell'agitazione. Il massaggio, attraverso la manipolazione manuale dei tessuti molli, e la terapia del calore, che applica calore a specifiche aree del corpo, sono stati identificati come interventi significativi per il trattamento del dolore cronico non oncologico.

È fondamentale sottolineare l'importanza di personalizzare tali terapie in base alle esigenze individuali del paziente e di implementarle con una supervisione adeguata, data la variabilità dei risultati e l'unicità delle condizioni di ciascun paziente (Achterberg et al., 2019).



### 5.3 Limiti della revisione

Durante la realizzazione di questa revisione, sono emersi diversi limiti che vale la pena considerare quando si interpretano i risultati:

- Uno dei principali limiti riscontrati riguarda la limitata letteratura disponibile sull'argomento.
- Diversi studi, come quello di Blanton et al. (2023), si sono concentrati esclusivamente sull'Alzheimer, la forma di demenza più diffusa. È questo può limitare la generalizzabilità dei risultati a tutti gli altri tipi di demenza.
- Uno studio retrospettivo di Rangfast et al. (2022) ha esaminato l'uso di farmaci potenzialmente inappropriati analizzando un registro nazionale svedese in due distinti periodi di tempo. Va sottolineato che i dati più recenti di questo studio risalgono al 2017 e che sono solo inerenti alla Svezia.

## 6. CONCLUSIONI

Nelle persone affette da demenza il dolore cronico è frequentemente presente a causa dell'età avanzata, delle comorbilità associate e della natura neurodegenerativa della malattia. Questo studio di revisione ha mirato ad esplorare gli approcci più efficaci per identificare la presenza del dolore e a valutare i trattamenti, sia farmacologici che non, più efficaci per gestire il dolore cronico in questa popolazione vulnerabile.

I risultati per il primo quesito, sulla determinazione del dolore e della sua intensità nelle persone con demenza, è emerso che il gold standard rimane l'autovalutazione, dove l'individuo esprime verbalmente il suo disagio. Tuttavia, le crescenti compromissioni cognitive e le barriere comunicative inerenti alla demenza spesso rendono questo approccio non fattibile. In risposta, sono state elaborate diverse scale di valutazione osservazionali. Sono state approfondite alcune delle scale di valutazione osservazionali più utilizzate al mondo, PACSLAC, PAINAD, e la nuova ed emergente scala di valutazione italiana l'I-MOBID2. Ognuna di queste scale ha presentato vantaggi e limitazioni, concludendo che non esiste ancora uno strumento ottimale nella valutazione del dolore e sono ancora inesistenti delle linee guida specifiche che aiutano il personale a ridurre la sotto valutazione del dolore in questa popolazione.

Per ottimizzare la valutazione del dolore cronico nelle persone affette da demenza, la letteratura suggerisce un approccio multidisciplinare che deve essere sia strutturato che centrato sulla persona ed è fondamentale che il personale riceva una formazione continua sull'uso di protocolli, linee guida e strumenti di valutazione del dolore.

Relativamente al secondo quesito, qual è il trattamento farmacologico e non farmacologico più efficace nel trattamento del dolore cronico, la letteratura contemporanea ha mostrato conclusioni variabili e contrastanti. Sebbene si applichino protocolli generali alla popolazione geriatrica, questi non sono specificatamente basati su prove concrete per le persone affette da demenza, risultando in pratiche cliniche disomogenee.

Negli studi analizzati si è rivelato che il paracetamolo, un farmaco comunemente utilizzato a larga scala in questa popolazione, non ha mostrato un'efficacia nel trattare il dolore da come si pensi, e non ha presentato nessun tipo di miglioramento della qualità della vita nelle persone con demenza. Fondamentale quando si va a trattare il dolore nelle persone con demenza è tenere in conto di come l'invecchiamento possa alterare la risposta ai trattamenti farmacologici, particolarmente per gli oppioidi. Infine, la continua prescrizione di analgesici può portare a gravi effetti collaterali, specialmente con l'uso prolungato di oppioidi, e la combinazione di farmaci psicotropi ed oppioidi potrebbe evidenziare una sovrapposizione tra sintomi di dolore e demenza. Pertanto, è importante considerare un approccio terapeutico multidimensionale, basato su prove concrete e studi approfonditi per garantire il miglior trattamento possibile per le persone con demenza. Negli ultimi anni c'è stato un'evoluzione delle terapie non farmacologiche per il trattamento del dolore cronico in pazienti affetti da demenza. Si è visto come l'esercizio fisico e la musicoterapia, sottolineando al contempo l'importanza di personalizzare tali approcci in base alle esigenze e capacità del singolo paziente e, andando a personalizzare questo trattamento, si può portare dei benefici per alleviare il dolore.

Parallelamente, altri studi hanno aperto nuovi orizzonti, proponendo l'esplorazione del sistema endocannabinoide come possibile alternativa non farmacologica. Questi studi, uniti ad altre ricerche emergenti, pongono le basi per un futuro in cui il trattamento del dolore cronico in individui con demenza potrà beneficiare di terapie sempre più precise, sicure e centrate sul paziente. La continua innovazione in questo settore rappresenta una speranza concreta per migliorare la qualità della vita di questi pazienti, garantendo loro un approccio terapeutico olistico e rispettoso delle loro specifiche esigenze.

L'obiettivo futuro della ricerca potrebbe essere quello di riuscire a valutare con maggiore precisione il dolore nei pazienti con demenza avanzata andando ad utilizzare degli strumenti tecnologici come l'applicazione PainChek<sup>®</sup>, che utilizza l'intelligenza artificiale per decifrare tali manifestazioni, potrebbero offrire soluzioni rivoluzionarie.

Inoltre, l'esplorazione del sistema endocannabinoide apre nuove prospettive per la gestione del dolore cronico, suggerendo un'alternativa potenzialmente più sicura ed efficace rispetto ai trattamenti tradizionali. Considerando la complessità del dolore in questi pazienti, è essenziale adottare un approccio olistico che integri sia le innovazioni tecnologiche che le nuove ricerche farmacologiche. Dedicare risorse alla ricerca e alla formazione in questo campo garantirà che questi individui ricevano le migliori cure possibili.

## BIBLIOGRAFIA

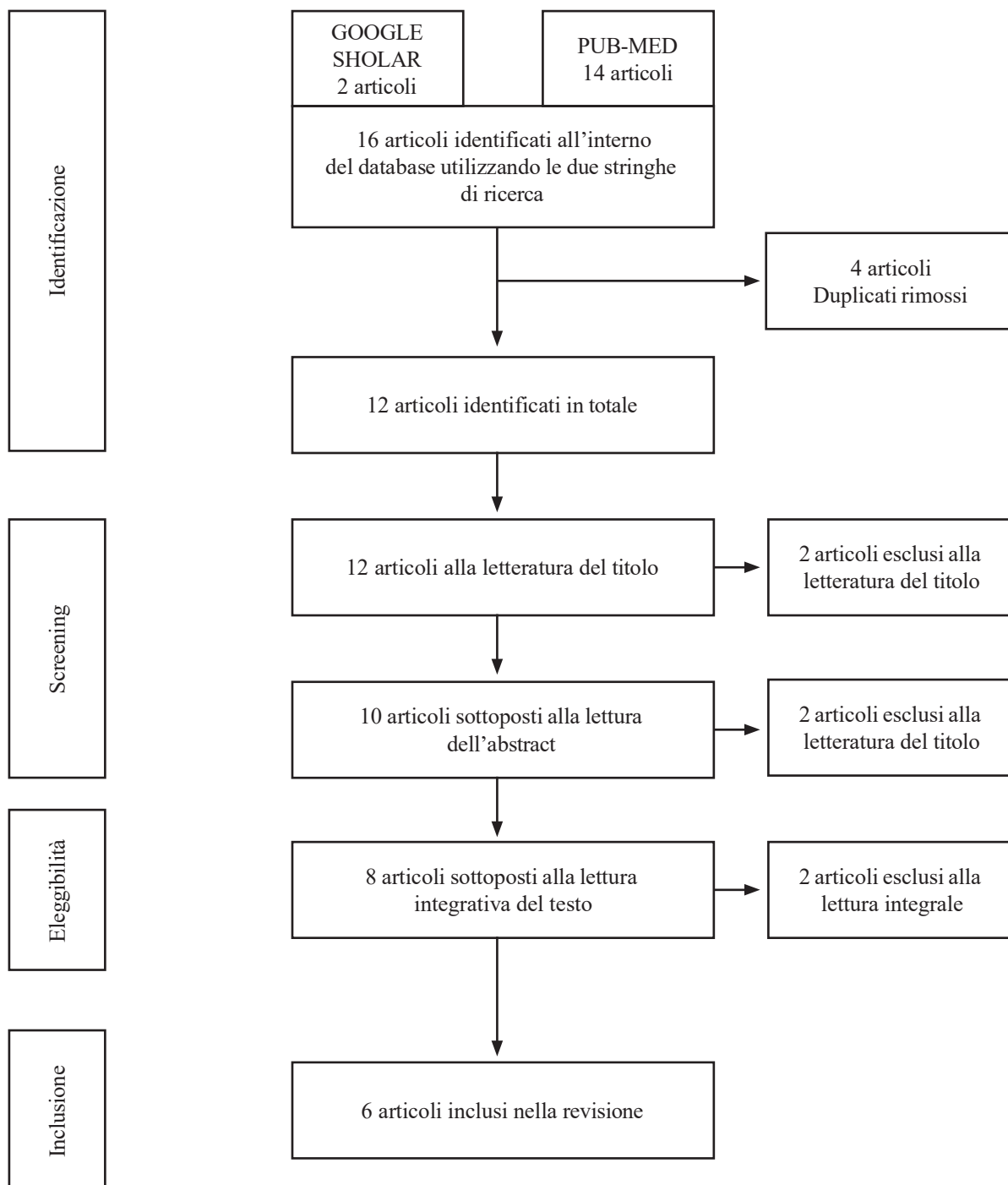
- Ahmadpour, N., Randall, H., Choksi, H., Gao, A., Vaughan, C., & Poronnik, P. (2019). Virtual (Achterberg et al., 2020) Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *PAIN Reports*, 5(1), e803. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000803>
- Atee, M., Hoti, K., Chivers, P., & Hughes, J. D. (2022). Faces of Pain in Dementia: Learnings From a Real-World Study Using a Technology-Enabled Pain Assessment Tool. *Frontiers in Pain Research*, 3, 827551. <https://doi.org/10.3389/fpain.2022.827551>
- Blanton, H., Reddy, P. H., & Benamar, K. (2023). Chronic pain in Alzheimer's disease: Endocannabinoid system. *Experimental Neurology*, 360, 114287. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2022.114287>
- Cesare Bonezzi, Giuseppe Ventriglia, Pierangelo Lora Aprile, & Alberto Magni. (2021). La diagnosi di dolore: Il metodo SIMG. 28(2). [https://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/08\\_Ventriglia\\_Bonezzi.pdf](https://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/08_Ventriglia_Bonezzi.pdf)
- Felton, N., Lewis, J. S., Cockburn, S.-J., & Dawson, S. (2021). Pain Assessment for Individuals with Advanced Dementia in Care Homes: A Systematic Review. *Geriatrics*, 6(4), 101. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6040101>
- Helvik, A.-S., Bergh, S., Kabukcuoğlu, K., Šaltytė Benth, J., Lichtwarck, B., Husebø, B., & Tevik, K. (2022). Prevalence and persistent prescription of analgesic drugs in persons admitted with dementia to a nursing home – A longitudinal study. *PLOS ONE*, 17(12), e0279909. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279909>
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2020). IASP Announces Revised Definition of Pain. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Kunz, L., Schröder, T. N., Lee, H., Montag, C., Lachmann, B., Sariyska, R., Reuter, M., Stirnberg, R., Stöcker, T., Messing-Floeter, P. C., Fell, J., Doeller, C. F., & Axmacher, N. (2015). Reduced grid-cell-like representations in adults at genetic risk for Alzheimer's disease. *Science*, 350(6259), 430–433. <https://doi.org/10.1126/science.aac8128>
- Ministero della Salute. (2022). Retrieved from [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2076](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2076)
- Monroe, T. B., Gore, J. C., Chen, L. M., Mion, L. C., & Cowan, R. L. (2012). Pain in People With Alzheimer Disease: Potential Applications for Psychophysical and Neurophysiological Research. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 25(4), 240–255. <https://doi.org/10.1177/0891988712466457>
- Natavio, T., McQuillen, E., Dietrich, M. S., Wells, N., Rhoten, B. A., Vallerand, A. H., & Monroe, T. B. (2020). A Comparison of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD). *Pain Management Nursing*, 21(6), 502–509. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.04.001>
- Natoli, S., Vittori, A., Cascella, M., Innamorato, M., Finco, G., Giarratano, A., Marinangeli, F., & Cuomo, A. (2022). Raising Awareness on the Clinical and Social Relevance of Adequate Chronic Pain Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 551. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010551>
- Nowak, T., Neumann-Podczaska, A., Tobis, S., & Wieczorowska-Tobis, K. (2019). Characteristics of pharmacological pain treatment in older nursing home residents. *Journal of Pain Research*, Volume 12, 1083–1089. <https://doi.org/10.2147/JPR.S192587>

- Rangfast, I., Sönnerstam, E., & Gustafsson, M. (2022). Prevalence of potentially inappropriate medications among old people with major neurocognitive disorder in 2012 and 2017. *BMC Geriatrics*, 22(1), 544. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03240-y>
- Regione Veneto. (2017). Retrieved from <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=340824>
- Rekatsina, M., Paladini, A., Viswanath, O., Urits, I., Myrcik, D., Pergolizzi, J., Breve, F., & Varrassi, G. (2022). Opioids in the Elderly Patients with Cognitive Impairment: A Narrative Review. 11(2), 381–394. <https://doi.org/10.1007/s40122-022-00376-y>
- Reneman, M. F., Selb, M., Korwisi, B., Barke, A., Escorpizo, R. S., Tu, S. W., & Treede, R. D. (2023). Towards harmonizing the concepts and definitions of pain in the World Health Organization’s Family of International Classifications. *Pain*, 164(6), 1240–1244. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002854>
- Roberto Latina. (2021). Aspetti culturali di base nella gestione del paziente con dolore: Non solo infermieristica.... Aspetti culturali di base nella gestione del paziente con dolore: non solo infermieristica.... <https://www.painnursing.it/aspetti-culturali-di-base-nella-gestione-del-paziente-con-dolore-non-solo-infermieristica/>
- Scherder, E. J. A., Eggermont, L., Plooi, B., Oudshoorn, J., Vuijk, P. J., Pickering, G., Lautenbacher, S., Achterberg, W., & Oosterman, J. (2008). Relationship between Chronic Pain and Cognition in Cognitively Intact Older Persons and in Patients with Alzheimer’s Disease. *Gerontology*, 54(1), 50–58. <https://doi.org/10.1159/000113216>
- Schneider, S. Q., Finnerty, J. R., & Martindale, M. Q. (2003). Protein evolution: Structure-function relationships of the oncogene beta-catenin in the evolution of multicellular animals. *Journal of Experimental Zoology*, 295B(1), 25–44. <https://doi.org/10.1002/jez.b.6>
- Scuteri, D., Contrada, M., Loria, T., Sturino, D., Cerasa, A., Tonin, P., Sandrini, G., Tamburin, S., Bruni, A. C., Nicotera, P., Corasaniti, M. T., & Bagetta, G. (2022). Pain and agitation treatment in severe dementia patients: The need for Italian Mobilization–Observation–Behavior–Intensity–Dementia (I-MOBID2) pain scale translation, adaptation and validation with psychometric testing. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 150, 113013. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2022.113013>
- Serge Gauthier, Pedro Rosa-Neto, José A. Morais, & Claire Webster. (2021). *World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia*. 26.
- Sowards, T. V., & Sowards, M. A. (2002). The medial pain system: Neural representations of the motivational aspect of pain. *Brain Research Bulletin*, 59(3), 163–180. [https://doi.org/10.1016/S0361-9230\(02\)00864-X](https://doi.org/10.1016/S0361-9230(02)00864-X)
- Sorkin, L. S., & Wallace, M. S. (1999). ACUTE PAIN MECHANISMS. *Surgical Clinics of North America*, 79(2), 213–229. [https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(05\)70380-7](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(05)70380-7)
- World Health Organization. (2023). *Global Model WHO 2023*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/02/10/default-calendar/global-model-who-2023>
- Van Dam, P. H., Achterberg, W. P., Husebo, B. S., & Caljouw, M. A. A. (2020). Does paracetamol improve quality of life, discomfort, pain and neuropsychiatric symptoms in persons with advanced dementia living in long-term care facilities? A randomised double-blind placebo-controlled crossover (Q-PID) trial. *BMC Medicine*, 18(1), 407. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01858-6>

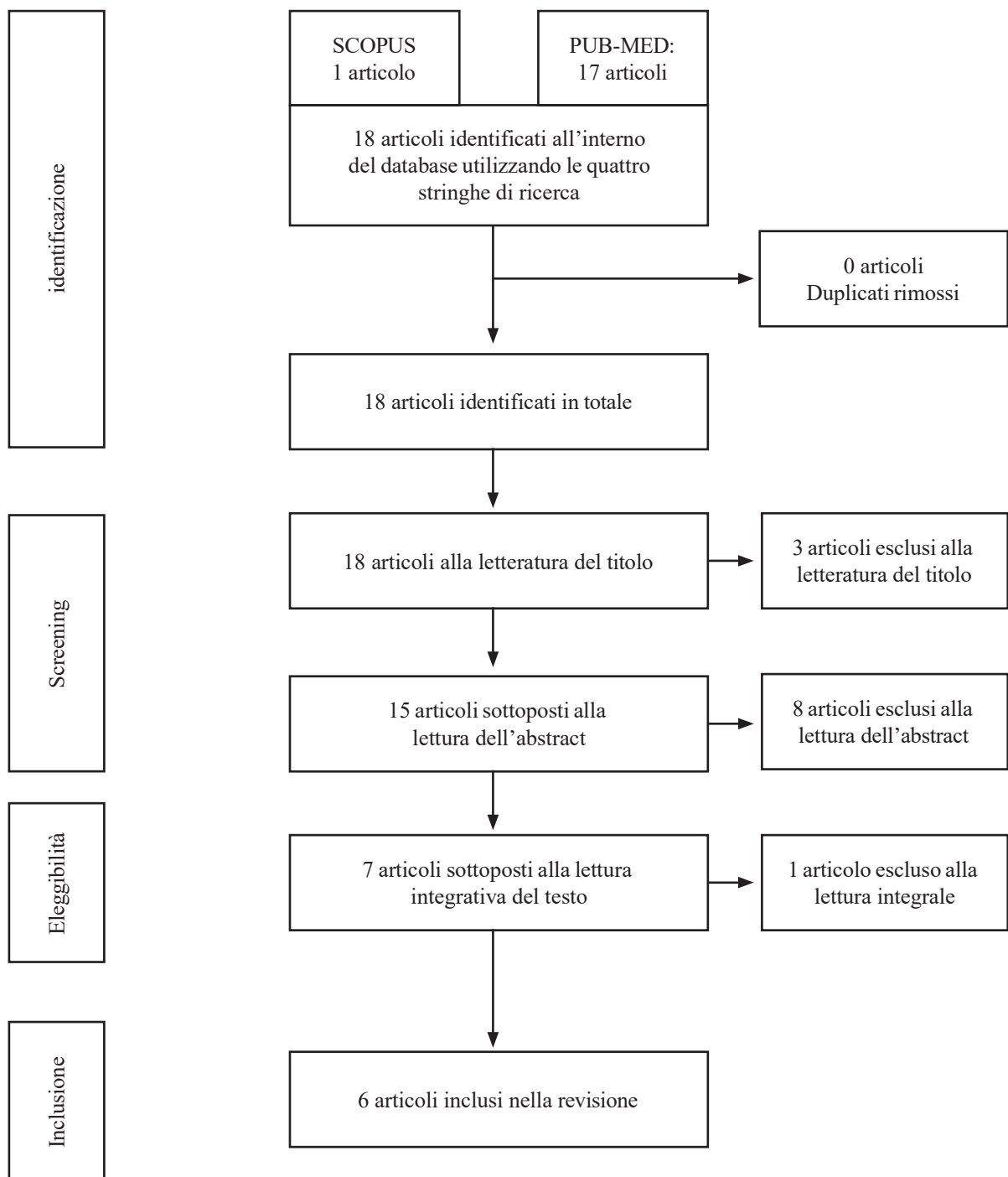
# ALLEGATI

## Allegato 1. FLOWCHART

STRINGA DI RICERCA I: Chronic pain AND Dementia AND Rating scales



STRINGA DI RICERCA II: Chronic pain AND dementia AND pharmacological treatment



Allegato 2.

a)

## Scala del Dolore I-MOBID2

MOBILIZZAZIONE - OSSERVAZIONE - COMPORTAMENTO - INTENSITA' - DEMENZA

Nome del paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Ore: \_\_\_\_\_ Unità: \_\_\_\_\_

Presta attenzione al comportamento di dolore del paziente durante la cura mattutina. Osserva il paziente prima di iniziare la mobilizzazione. Spiega chiaramente cosa sta per succedere. Guida con attenzione il paziente attraverso le attività da 1 a 5. Inverti immediatamente il movimento se si percepisce un comportamento di dolore. Valuta la tua osservazione dopo ogni attività:

### Comportamento di dolore

Spunta le caselle per i Rumori di dolore, l'Espressione facciale e la Difesa, ogni volta che hai osservato un simile comportamento di dolore



Rumori di dolore  
Ahia!  
Gemere  
Ansimare  
Ululare



Espressione facciale  
Smorfie  
Accigliamento  
Bocca serrata  
Strizzare gli occhi



Difesa  
Boccarsi  
Stare in guardia  
Spingere  
Rannicchiarsi

### Intensità del dolore

In base al comportamento del dolore, valuta l'intensità con una croce sulle linee (0-10)

	PUOI SPUNTARE PIÙ CASELLE PER OGNI ATTIVITÀ			QUANTO INTENSO CONSIDERI IL DOLORE?
1. Guida ad aprire entrambe le mani, una mano alla volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 è assenza di dolore e 10 è il peggior dolore possibile 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Guida ad allungare entrambe le braccia verso la testa, un braccio alla volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Guida ad allungare e piegare sia ginocchia sia fianchi, una gamba alla volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Guida a girarsi nel letto da entrambi i lati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Guida a sedersi al capezzale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Figure”: La prima parte della scala I-MOBID2 è costituita da diverse domande che vanno ad indagare il dolore muscoloscheletrico (Scuteri, D.,2022)



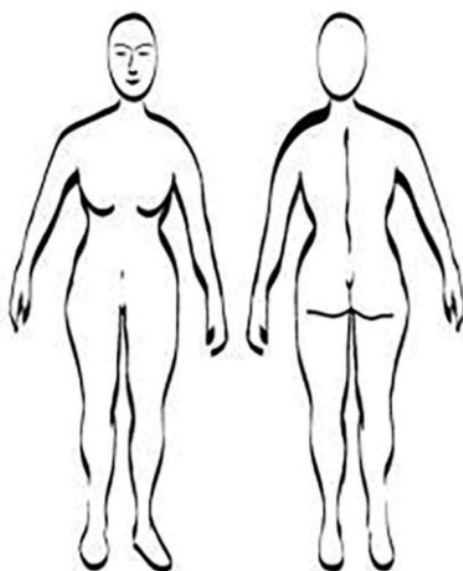
## Allegato 2.

b)

Hai osservato, oggi o negli ultimi giorni (una settimana), che il paziente ha manifestato comportamenti di dolore legati alla testa, agli organi interni e/o alla pelle, che possono essere causati da una malattia, ferita, infezione e/o lesione?

### Comportamento di dolore

Traccia una o più croce/i sul disegno del dolore (davanti e dietro), in base al comportamento di dolore osservato (Rumori del dolore, Espressione facciale e Difesa)



### Intensità del dolore

In base al comportamento del dolore, valuta l'intensità con una croce sulle linee (0-10)

QUANTO INTENSO CONSIDERI IL DOLORE?

0 è assenza di dolore e 10 è il peggior dolore possibile

6. Testa, bocca, collo	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Cuore, polmone, parete toracica	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Addome	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Pelvi, organi genitali	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Pelle	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Figure”: La prima parte della scala I-MOBID2 è costituita da diverse domande che vanno ad indagare il dolore muscoloscheletrico (Scuteri, D.,2022)

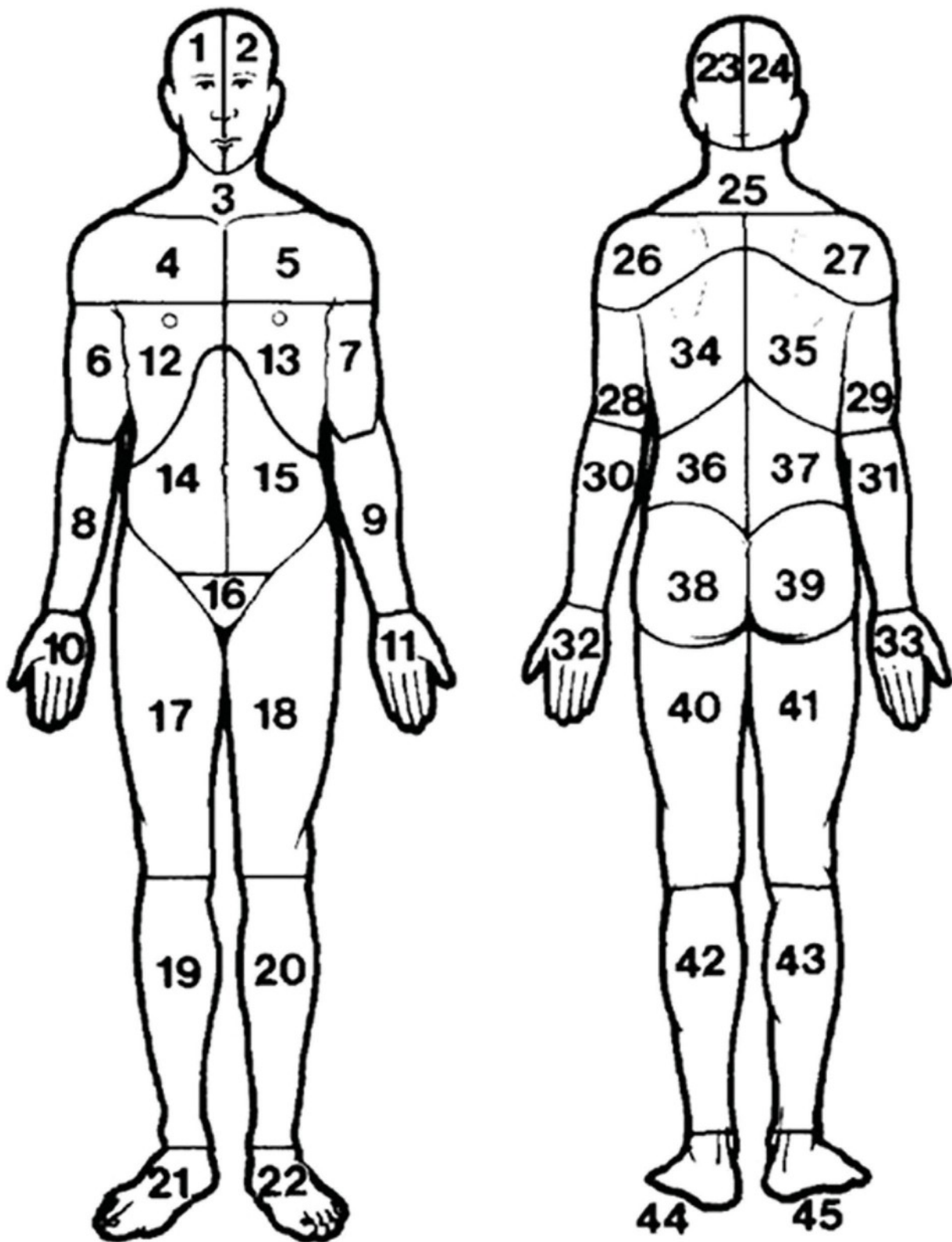


Figure2: Rappresentazione grafica della seconda sezione della scala I-MOBID2, focalizzata sulla valutazione del dolore associato a organi interni, testa e pelle (Scuteri, D.,2022).

### Allegato 3. SCHEDE RIASSUNTIVE DEGLI ARTICOLI

Articoli relativi al primo quesito: Quali strumenti vengono utilizzati per identificare la presenza di dolore nelle persone affette da demenza?

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p><b>TITOLO:</b> Pain in dementia</p> <p><b>AUTORI:</b> Achterberg W., Lautenbacher S., Husebo B., Erdal A., Herr K.</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2019</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> Revisione sistematica</p> <p><b>RIVISTA:</b> Pain reports</p> <p><b>DOI:</b> 10.1097/PR9.0000000000000803</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> Esplorare e discutere le sfide e le soluzioni associate alla valutazione e alla gestione del dolore in individui anziani con demenza.</p> <p><b>CAMPIONE:</b> articoli</p> <p><b>MATERIALI E METODI:</b> Revisione sistematica della letteratura scientifica corrente attraverso fonti ufficiali e accreditate.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> Valutare correttamente il dolore in pazienti con demenza avanzata è essenziale per andare ad effettuare un adeguato trattamento, l'auto-report è il gold standard per andare a determinare il dolore, purtroppo in questa popolazione non è possibile andarla ad utilizzare; per far fronte questo problema sono state sviluppate delle valutazioni osservazionali. La gestione del dolore in questi pazienti richiede un approccio integrato, combinando trattamenti farmacologici e non.</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> Il dolore rappresenta una sfida per le persone con demenza, i loro familiari, gli operatori sanitari e la società. Nonostante negli ultimi dieci anni siano stati sviluppati e studiati migliori metodi di valutazione del dolore, come gli strumenti di osservazione, la loro implementazione pratica rimane limitata. Una corretta gestione del dolore non viene sempre attuata, in parte a causa della mancanza di studi adeguati su trattamenti farmacologici e non farmacologici. Per valutare e gestire efficacemente il dolore in questo gruppo vulnerabile, è essenziale una collaborazione interdisciplinare.</p> <p><b>LIMITI:</b> Non sono stati menzionati dei limiti significanti in questa ricerca.</p>

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p><b>TITOLO:</b> Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline</p> <p><b>AUTORI:</b> Cravello, L., Di Santo, S., Varrassi, G., Benincasa, D., Marchettini, P., De Tommaso, M., Shofany, J., Assogna, F., Perotta, D., Palmer, K., Paladini, A., Di Iulio, F., &amp; Caltagirone, C.</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2019</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> revisione sistematica</p> <p><b>RIVISTA:</b> pain and therapy</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> Questa revisione narrativa mira a descrivere le conoscenze attuali, i metodi di rilevamento e gli approcci terapeutici per il dolore cronico nelle persone anziane con deficit cognitivi.</p> <p><b>CAMPIONE:</b> articoli</p> <p><b>MATERIALI E METODI:</b> Revisione sistematica della letteratura scientifica corrente attraverso fonti ufficiali e accreditate.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> La gestione del dolore cronico negli anziani con declino cognitivo è complessa e richiede attenzione particolare. È fondamentale diagnosticare accuratamente il dolore, utilizzando strumenti adeguati come le scale di autovalutazione per chi ha un declino lieve o moderato e scale osservazionali per chi ha difficoltà comunicative maggiori. Prima di ricorrere a terapie farmacologiche, dovrebbero essere considerati interventi non farmacologici. Se si opta per farmaci, è cruciale scegliere con cautela, evitando sostanze come neurolettici e benzodiazepine e usando con prudenza gli antiepilettici. La ricerca sta esplorando nuovi farmaci per modulare la soglia del dolore con meno effetti collaterali.</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> La revisione narrativa ha affrontato la problematica del dolore cronico nelle persone anziane con declino cognitivo. La diagnosi e il trattamento adeguato del dolore in questi pazienti rappresentano una sfida, data la compromissione delle capacità comunicative e i cambiamenti neuropatologici associati alla malattia.</p> <p><b>LIMITI:</b> Non sono stati menzionati dei limiti significanti in questa ricerca.</p>

<b>TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA</b>	<b>OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI</b>	<b>RISULTATI</b>	<b>CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI</b>
<p><b>TITOLO:</b> Pain and agitation treatment in severe dementia patients: The need for Italian Mobilization–Observation–Behavior–Intensity–Dementia (I-MOBID2) pain scale translation, adaptation and validation with psychometric testing</p> <p><b>AUTORI:</b> Scuteri, D., Contrada, M., Loria, T., Sturino, D., Cerasa, A., Tonin, P., Sandrini, G., Tamburin, S., Bruni, A. C., Nicotera, P., Corasaniti, M. T., &amp; Bagetta, G.</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2022</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> revisione sistematica</p> <p><b>RIVISTA:</b> Biomedicine &amp; Pharmacotherapy</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> L'obiettivo della ricerca è tradurre e validare una versione italiana della scala MOBID2, chiamata I-MOBID2, per identificare il dolore nei pazienti con demenza grave che non possono comunicare verbalmente il loro disagio.</p> <p><b>CAMPIONE:</b> \</p> <p><b>MATERIALI E METODI:</b> In questo studio è stata utilizzata una scala di valutazione del dolore basata sull'articolo originale di Husebo et al. L'obiettivo era tradurre, adattare e validare questa scala per valutare il dolore nei pazienti con demenza grave e non verbali, seguendo le linee guida attuali e in accordo con precedenti traduzioni e test psicometrici italiani per malattie come Alzheimer e Parkinson. La procedura ha seguito quattro fasi: 1) traduzione iniziale, 2) retrotraduzione, 3) revisione da parte di esperti e definizione della versione finale, e 4) studio di validazione.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> Uno dei principali vantaggi di questo strumento è la sua rapidità d'uso: in media, ci vogliono solo 5-6 minuti per completarlo. La qualità dell'I-MOBID2 è stata dimostrata da diversi indicatori. Per esempio, ha mostrato un'ottima validità di faccia e contenuto. La maggior parte degli elementi ha ricevuto valori I-CVI compresi tra 0.86 e 1, e il valore complessivo S-CVI/Ave è stato di 0.89, indicando un notevole accordo tra gli esperti sulla sua validità. Inoltre, la scala ha dimostrato una buona coerenza interna, con un coefficiente di Cronbach's <math>\alpha</math> di 0.751. Alcuni elementi dell'I-MOBID2 hanno mostrato correlazioni significative tra di loro, come i valori di 0.665 tra i1-i2 e 0.710 tra i3-i4. Dal lato della validità di costruzione, i risultati sono stati promettenti. Il punteggio complessivo di intensità del dolore ha mostrato una correlazione di Spearman di 0.748 con il punteggio massimo dell'elemento dell'I-MOBID2 Parte 1 e di 0.895 con la Parte 2. Inoltre, l'analisi ha rivelato una prevalenza elevata di dolore muscoloscheletrico e lombalgia, in linea con le diagnosi cliniche dei pazienti. Per quanto riguarda l'affidabilità, l'I-MOBID2 ha dimostrato un alto accordo tra valutatori, con un valore di Cohen's K di 0.744, e ottimi risultati sia nell'affidabilità inter-rater (ICC = 0.778) che nel test-retest (ICC = 0.902). In sintesi, l'I-MOBID2 si è dimostrato un valido e efficiente strumento per la valutazione del dolore in pazienti con demenza grave.</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> La ricerca ha tradotto, adattato e validato lo strumento I-MOBID2 per valutare il dolore nei pazienti con demenza grave che non possono comunicare. Questo strumento è particolare perché può identificare diversi tipi di dolore, sia muscolare che viscerale. La validazione ha mostrato che I-MOBID2 è preciso e può essere completato in breve tempo. Alcuni dati mostrano che l'efficacia dello strumento potrebbe migliorare se due elementi specifici vengono rimossi. È stato anche notato che molti pazienti nelle case di cura soffrono di dolore, spesso non diagnosticato. Questo strumento può aiutare a migliorare la diagnosi e il trattamento del dolore in questi pazienti.</p> <p><b>LIMITI:</b> Non sono stati menzionati dei limiti significanti in questa ricerca.</p>

<b>TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA</b>	<b>OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI</b>	<b>RISULTATI</b>	<b>CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI</b>
<p><b>TITOLO:</b> Pain Assessment for Individuals with Advanced Dementia in Care Homes: A Systematic Review</p> <p><b>AUTORI:</b> Felton, N., Lewis, J. S., Cockburn, S.-J., Hodgson, M., &amp; Dawson, S.</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2021</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> revisione sistematica</p> <p><b>RIVISTA:</b> geriatrics</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> Esaminare e analizzare sistematicamente la letteratura esistente per valutare e caratterizzare le prove relative all'uso di strumenti di valutazione del dolore nelle case di cura per persone affette da demenza avanzata. Questa analisi si propone di evidenziare le difficoltà e le complessità nella valutazione del dolore in questa specifica popolazione, soprattutto a causa dei problemi di comunicazione e della possibile sottovalutazione del dolore stesso.</p> <p><b>CAMPIONE:</b> Il campione della revisione sistematica comprende 26 articoli</p> <p><b>MATERIALI E METODI:</b> La revisione sistematica si è svolta conformemente alle linee guida PRISMA. Le fonti per la ricerca sono state prese ed esaminate nei database Medline, EMBASE, CINAHL, PsycINFO e la biblioteca Cochrane fino a gennaio 2019, con un aggiornamento nel giugno 2020. I criteri di selezione si sono concentrati su adulti con un'età minima di 65 anni con diagnosi di demenza. Solo gli studi in lingua inglese sono stati considerati per questa revisione. Il processo di selezione si è avvalso dell'uso di Endnote. Per garantire la robustezza e l'accuratezza della revisione, è stata eseguita una valutazione critica degli studi inclusi, utilizzando il Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Infine, la qualità degli strumenti di valutazione del dolore è stata esaminata attraverso uno strumento ideato da Zwakhalen et al., fornendo una panoramica completa della validità e dell'affidabilità di tali strumenti.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> Valutare il dolore in individui affetti da demenza avanzata nelle case di cura è una sfida quotidiana. Questa difficoltà può portare a situazioni in cui il dolore non viene riconosciuto o sotto-trattato. L'articolo sottolinea la necessità di rilevare correttamente il dolore, e fa luce sugli strumenti di osservazione utilizzati. Oltre alle barriere legate alla demenza stessa, ci sono molteplici fattori che possono ostacolare una corretta percezione e interpretazione del dolore. Questi includono la percezione individuale del dolore, chi svolge la valutazione e come viene effettuata, e come queste informazioni vengono poi utilizzate nelle decisioni cliniche. È stato rilevato che la familiarità del valutatore con il paziente gioca un ruolo cruciale: non è sufficiente fornire agli operatori gli strumenti di valutazione, ma è fondamentale assicurarsi che siano adeguatamente formati per usarli a utilizzare nel modo più corretto ed efficace. Mentre esistono molti strumenti sviluppati per affrontare questa sfida, come PAINAD, Doloplus-2, e PACSLAC, non esiste uno "gold standard".</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> La valutazione del dolore cronico nelle persone con demenza è una sfida continua, nonostante esistano strumenti di valutazione. Infatti, per andare a valutare al meglio è fondamentale adottare un approccio olistico e multidisciplinare, focalizzato sull'individuo. La formazione del personale è essenziale e attualmente mancano linee guida specifiche per supportare adeguatamente questa popolazione vulnerabile. La ricerca futura dovrebbe concentrarsi sulla prospettiva dell'individuo per ottimizzare l'approccio al dolore in questi pazienti.</p> <p><b>LIMITI:</b> Non sono stati menzionati dei limiti significanti in questa ricerca.</p>

<b>TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA</b>	<b>OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI</b>	<b>RISULTATI</b>	<b>CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI</b>
<p><b>TITOLO:</b> A Comparison of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)</p> <p><b>AUTORI:</b> Natavio, T., McQuillen, E., Dietrich, M. S., Wells, N., Rhoten, B. A., Vallerand, A. H., &amp; Monroe, T. B</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2020</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> studio longitudinale</p> <p><b>RIVISTA:</b> Pain Management Nursing</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> Verificare quanto siano affidabili i due strumenti, PACSLAC e PAINAD, nell'identificare i segni di dolore in pazienti esposti alla stessa fonte di dolore.</p> <p><b>CAMPIONE:</b> 30 pazienti con diagnosi di demenza grave in un post-operazione chirurgica all'anca.</p> <p><b>MATERIALI E METODI:</b> Nello studio, ogni persona è stata osservata e valutata tre volte (dopo 24, 48 e 72 ore) nel corso dei primi tre giorni successivi a un intervento chirurgico all'anca. Precedentemente all'avvio del protocollo di ricerca, è stata effettuata una formazione specifica del personale infermieristico riguardo l'utilizzo dei due strumenti di valutazione, PACSLAC e PAINAD. Al termine del protocollo, è stato richiesto al personale infermieristico di completare un questionario di uscita per raccolta dati demografici e feedback relativi all'utilizzo degli strumenti di valutazione.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> Nello studio sulla valutazione del dolore nei pazienti con gravi disturbi cognitivi, sono stati confrontati due strumenti: PACSLAC e PAINAD. Rispetto al PAINAD, il PACSLAC ha dimostrato una maggiore affidabilità tra gli osservatori, con un'alta correlazione di 0,86. Questi risultati rafforzano ricerche precedenti sul PACSLAC, che avevano rilevato una correlazione di 0,94. Il PACSLAC si è rivelato più efficace nell'identificare i comportamenti del dolore nei pazienti affetti da demenza. Quando si è valutato l'effetto dei farmaci e del livello di demenza sulla valutazione del dolore, i risultati hanno indicato che mentre la gravità della demenza potrebbe non essere una variabile chiave, il dosaggio dei farmaci antidolorifici potrebbe influenzare la valutazione. Infine, sebbene la maggioranza degli infermieri abbia mostrato una preferenza per il PAINAD, alcuni hanno apprezzato la dettagliatezza del PACSLAC nella descrizione dei comportamenti doloranti.</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> Lo studio indica che, nonostante richieda più tempo, il PACSLAC offre una valutazione del dolore più accurata e approfondita. Emerge l'importanza di strumenti che valutino vari aspetti del dolore, non solo l'intensità. Essenziale nella valutazione del dolore è la formazione dei valutatori e la familiarità dello strumento.</p> <p><b>LIMITI:</b> il limite principale dello studio è stato il numero di campione che è stato utilizzato, non abbastanza rappresentativo della popolazione. Il secondo limite è nell'utilizzo delle due scale da parte degli infermieri, infatti hanno utilizzato due diversi strumenti di valutazione che richiedevano tempi di compilazione variabili. Considerando gli altri impegni clinici degli infermieri, c'è la possibilità che questi strumenti siano stati compilati rapidamente. Inoltre, l'ordine in cui gli strumenti sono stati utilizzati potrebbe aver influenzato le valutazioni: utilizzando per primo lo strumento più lungo e successivamente quello più breve, gli infermieri potrebbero aver percepito una minore fiducia nell'uso del secondo.</p>

<b>TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA</b>	<b>OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI</b>	<b>RISULTATI</b>	<b>CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI</b>
<p><b>TITOLO:</b> Faces of Pain in Dementia: Learnings From a Real-World Study Using a Technology-Enabled Pain Assessment Tool</p> <p><b>AUTORI:</b> Atee, M., Hoti, K., Chivers, P., &amp; Hughes, J. D.</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2022</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> studio osservazionale retrospettivo</p> <p><b>RIVISTA:</b> Frontiers in Pain Research</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> L'obiettivo dello studio era determinare le microespressioni facciali predominanti nelle persone affette da demenza quando sperimentano dolore. Questa ricerca ha fatto uso dell'applicazione PainChek®, un'intelligenza artificiale che analizza e interpreta le espressioni facciali in tempo reale.</p> <p><b>CAMPIONE:</b> Il campione dello studio era composto da 3.144 persone che vivono con la demenza, con un'età media di 83,3 anni e di cui il 59,0% erano donne, tutti pazienti che vivono in Australia.</p> <p><b>MATERIALI E METODI:</b> Il personale delle case di cura e dei servizi per anziani ha ricevuto una formazione specifica sull'utilizzo di PainChek®, sia in presenza che online, della durata di circa 1,5-2 ore. Agli operatori è stato insegnato che lo strumento doveva essere utilizzato per le persone con demenza da moderata a grave, incapaci di auto-segnalare il dolore. La formazione ha anche fornito indicazioni su come verificare la capacità dei pazienti di auto-segnalare, ponendo domande semplici come «Hai dolore?». Per quanto riguarda il campione di studio, è stato composto da persone che vivono con la demenza prese da due programmi nazionali australiani di assistenza alla demenza e da 34 case di cura per anziani in Australia. Le valutazioni del dolore sono state realizzate durante le routine di assistenza clinica, sia in contesti residenziali che di assistenza domiciliare, in momenti di riposo del paziente o durante o dopo l'attività fisica, come trasferimenti o attività quotidiane come fare la doccia.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> Il PainChek® ha permesso di valutare l'intensità del dolore analizzando le espressioni facciali di persone affette da demenza. Si è constatato che le espressioni più indicative del dolore erano legate ai movimenti oculari e boccale, identificandoli come chiari indicatori del dolore. In particolare, quando una persona manifestava un dolore di intensità da moderata-grave, ciò corrispondeva spesso a un serraggio degli occhi.</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> Attraverso l'uso di strumenti tecnologici come il PainChek® e un'analisi dettagliata, sono stati identificati specifiche espressioni del viso che sono correlate con la presenza e il livello di dolore nelle persone con disturbi cognitivi. Questi risultati sono validi indipendentemente dall'età o dal genere del paziente, andando a dare una base di come le persone con disturbi cognitivi mostrano il dolore attraverso il loro volto. Questa ricerca sottolinea anche l'efficacia dell'utilizzo di sistemi di riconoscimento facciale basati sull'intelligenza artificiale per valutare il dolore in un contesto medico reale.</p> <p><b>LIMITI:</b> Un limite significativo è rappresentato dalla vastità del campione, che può introdurre complicazioni nei calcoli statistici. Inoltre, lo studio non ha specificato l'attività che veniva svolta durante la rilevazione del dolore. Non è stata fornita una chiara distinzione sul tipo di demenza diagnosticata al paziente, influenzando così la percezione del dolore in base al sottotipo di demenza. L'analisi non ha tenuto conto di fattori confondenti quali etnia, assunzione di farmaci e altre comparabilità mediche che possono avere un impatto sulle espressioni facciali correlate al dolore. Infine, un ulteriore limite potrebbe essere rappresentato dalla possibile influenza esercitata dai valutatori stessi.</p>



**Articoli relativi al secondo quesito:** Quali sono i trattamenti più efficaci per alleviare il dolore cronico nelle persone con demenza?

<b>TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA</b>	<b>OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI</b>	<b>RISULTATI</b>	<b>CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI</b>
<p><b>TITOLO:</b> Characteristics of pharmacological pain treatment in older nursing home residents</p> <p><b>AUTORI:</b> Nowak, T., Neumann-Podczaska, A., Tobis, S., &amp; Wieczorowska-Tobis, K.</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2019</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> studio osservazionale</p> <p><b>RIVISTA:</b> Journal of Pain Research</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> L'articolo mira ad esaminare e descrivere come viene gestito e trattato il dolore tra gli anziani residenti nelle case di cura, in particolare considerando le differenze tra quelli con e senza compromissione cognitiva.</p> <p><b>Campione:</b> Il campione della ricerca è costituito da 199 residenti in due case di cura situato nella Grande Polonia, il campione presentava una età uguale o maggiore di 65 anni</p> <p><b>MATERIALI E METODI:</b> Dopo aver ottenuto il consenso scritto dai partecipanti e aver definito le loro capacità funzionali e cognitive, che sono state valutate rispettivamente attraverso l'indice Barthel e l'Abbreviated Mental Test Score (AMTS). I partecipanti sono stati poi suddivisi in due gruppi in base alla loro funzione cognitiva: il Gruppo 1, senza deterioramento cognitivo (valutato con la Numerical Rating Scale, NRS), e il Gruppo 2, con deterioramento cognitivo (valutato con l'Abbey Pain Scale, APS). Inoltre, sono stati creati sottogruppi (Gruppo 1a e 2a) basati sulla presenza di dolore non adeguatamente trattato. L'analisi della farmacoterapia dei partecipanti ha considerato sia l'efficacia del trattamento del dolore che i farmaci utilizzati, classificati secondo la scala analgesica dell'OMS. Infine, sono state effettuate analisi statistiche per interpretare i risultati.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> Nel corso dello studio, è emerso che un alto numero di pazienti, sia con capacità cognitive normali che con demenza, soffrono di dolore. Il 63,2% dei pazienti con funzione cognitiva normale e il 69,2% di quelli con demenza hanno riportato dolore, andando così a sottolineare che un gran numero di questi pazienti non riceveva alcun trattamento farmacologico adeguato. Anche quando venivano prescritti analgesici, spesso le dosi erano inferiori a quelle raccomandate. Questo è particolarmente vero per il paracetamolo e gli oppioidi, il cui uso era basso. Questi risultati suggeriscono una possibile limitazione o mancanza di conoscenza tra il personale medico nel trattare adeguatamente il dolore, specialmente nei pazienti con demenza.</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> Nello studio è stata rilevata un'elevata prevalenza di dolore non gestito o sottovalutato, e questo indipendentemente dalla condizione cognitiva dei soggetti. Tuttavia, questo tipo di mal gestione dei problemi di dolore erano più comuni nelle persone con deterioramento cognitivo. Di conseguenza, secondo lo studio, in seguito ai risultati ottenuti, va a rimarcare che è fondamentale formare adeguatamente il personale medico ed infermieristico per andare a migliorare la valutazione e il trattamento del dolore nella popolazione di anziani e maggiormente nelle persone che sono affette da demenza.</p> <p><b>LIMITI:</b> Non sono stati menzionati dei limiti nella questa ricerca.</p>

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p><b>TITOLO:</b> Does paracetamol improve quality of life, discomfort, pain and neuropsychiatric symptoms in persons with advanced dementia living in long-term care facilities? A randomised double-blind placebo-controlled crossover (Q-PID) trial</p> <p><b>AUTORI:</b> V an Dam, P. H., Achterberg, W. P., Husebo, B. S., &amp; Caljouw, M. A. A.</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2020</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> Studio crossover randomizzato in doppio cieco controllato con placebo.</p> <p><b>RIVISTA:</b> BMC Medicine</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> Determinare gli effetti dell'uso costante di paracetamolo e come questo farmaco vada ad influire sulla qualità della vita, sul benessere, sul dolore e sui sintomi neuropsichiatrici di individui con demenza residenti in strutture di cura a lunga durata.</p> <p><b>CAMPIONE:</b> Il campione dello studio è composto da 95 residenti di strutture di assistenza a lungo termine nei Paesi Bassi occidentali. L'età media di questi partecipanti è di 83,9 anni e il 57,9% sono donne. Per essere inclusi nello studio, i partecipanti dovevano avere almeno 65 anni, soffrire di demenza avanzata e presentare una qualità della vita moderata o bassa, misurata tramite uno strumento chiamato QUALIDEM.</p> <p><b>MATERIALI E METODI:</b> Si è svolto uno studio di 13 settimane in 17 strutture nei Paesi Bassi su persone con demenza di età <math>\geq 65</math> anni e con una qualità della vita moderata o bassa. I partecipanti non dovevano già assumere trattamenti per il dolore, avere allergie al paracetamolo, o avere problemi di fegato o altri criteri specifici. Hanno ricevuto paracetamolo o un placebo per due periodi di 6 settimane ciascuno, con una pausa di 1 settimana tra i due.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> Per andare a studiare la qualità della vita, lo studio si è avvalso del questionario QUALIDEM. I dati iniziali non hanno evidenziato differenze significative tra i gruppi: i punteggi al basale erano simili e non mostravano discrepanze notevoli. Un altro aspetto fondamentale valutato è stato il dolore, un sintomo spesso sottovalutato nelle persone con demenza. Utilizzando la scala MOBID-2, i punteggi al basale erano di 2,0 per il gruppo AB e di 2,3 per il gruppo BA. Dopo il periodo di trattamento, i dati non hanno evidenziato una differenza significativa tra l'uso del paracetamolo e del placebo. lo studio è andato anche a determinare il disagio, misurato attraverso il DS-DAT, e ha rilevato che i gruppi di trattamento non presentavano differenze iniziali (8,4 vs. 8,3). Dopo il trattamento, il paracetamolo ha mostrato una variazione di -0,04, mentre il placebo di 0,6, ma ancora una volta, non si è trovato differenze significative tra i due trattamenti. Infine, riguardo ai sintomi neuropsichiatrici, misurati tramite l'NPI-NH, i punteggi iniziali erano di 32,6 nel gruppo AB e di 33,5 nel gruppo BA. Anche in questo caso, non si è riscontrato differenze nell'effetto del trattamento tra paracetamolo e placebo.</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> Il paracetamolo non ha portato benefici in termini di qualità della vita, di malessere, di dolore o di sintomi neuropsichiatrici per chi soffre di demenza avanzata e ha una bassa qualità della vita.</p> <p><b>LIMITI:</b> Nello studio sono emerse svariate difficoltà. In primo luogo, soltanto il 10% di queste persone è riuscito a rispondere ai criteri per partecipare alla ricerca. Nonostante ciò, sono stati inclusi 95 partecipanti. Un'ulteriore complicazione si è manifestata con il progredire della demenza: i risultati hanno evidenziato un declino generale durante il secondo periodo di osservazione, e ciò ha richiesto l'utilizzo di modelli statistici particolari per tenere in considerazione questo "effetto periodo". La somministrazione dei questionari ha presentato anch'essa delle difficoltà, poiché non sempre venivano compilati dalla stessa persona, introducendo così un potenziale elemento di soggettività. Infine, la gestione della somministrazione del farmaco ha sollevato preoccupazioni a causa delle incongruenze tra il numero di compresse rimaste e i dati riportati dal personale infermieristico.</p>

<b>TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA</b>	<b>OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI</b>	<b>RISULTATI</b>	<b>CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI</b>
<p><b>TITOLO:</b> Prevalence and persistent prescription of analgesic drugs in persons admitted with dementia to a nursing home – A longitudinal study</p> <p><b>AUTORI:</b> Helvik, A.-S., Bergh, S., Kabukcuoğlu, K., Šaltytė Benth, J., Lichtwarck, B., Husebø, B., &amp; Tevik, K.</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2022</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> studio longitudinale</p> <p><b>RIVISTA:</b> PLOS ONE</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> L’obiettivo di questo studio era analizzare la frequenza e la continuità della prescrizione di oppioidi e paracetamolo tra i residenti nelle case di cura con demenza in Norvegia, sia al momento dell’ammissione sia nel corso del tempo.</p> <p><b>CAMPIONE:</b> Il campione scelto per lo studio era composto da 996 residenti affetti da demenza, con un’età media di 84,5 anni.</p> <p><b>MATERIALI E METODI:</b> Lo studio ha esaminato i residenti delle case di cura nel sud-est della Norvegia da novembre 2014 a dicembre 2019 attraverso un approccio osservazionale e longitudinale. I dati sono stati raccolti da 68 case di cura non-profit in 32 comuni. Dal totale di 3.318 residenti registrati come ammessi, 1.283 sono stati selezionati per il presente studio. La ricerca si è concentrata specificamente su quei residenti diagnosticati con demenza al momento del ricovero, che erano 1.074 in totale. Alla fine, 996 residenti con demenza sono stati inclusi nell’analisi di base e, nei due successivi controlli annuali, i numeri erano di 570 e 342 residenti, rispettivamente.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> Dai risultati dello studio è emerso che, al momento dell’ammissione (A1), quasi la metà, esattamente il 49,7%, dei residenti nelle case di cura aveva una prescrizione di analgesici. Questa percentuale è cresciuta nelle valutazioni successive, raggiungendo il 65,1% ad A2 e il 71,2% ad A3. Il paracetamolo si è rivelato essere l’analgesico più frequentemente prescritto in ogni fase della valutazione, mentre le prescrizioni di oppioidi mostravano anch’esse una tendenza crescente nel tempo. Infatti, la probabilità di prescrizione di oppioidi nei follow-up era notevolmente maggiore se gli oppioidi erano stati prescritti inizialmente.</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> Tra i residenti delle case di cura norvegesi con demenza dello studio, l’uso e la continua prescrizione di analgesici erano diffusi in questa popolazione. Il paracetamolo dominava le prescrizioni in ogni fase dell’analisi. Se gli oppioidi erano prescritti all’inizio, era molto probabile che continuassero ad essere prescritti nel tempo. Un dolore significativo era presente in oltre un terzo dei partecipanti all’arrivo in casa di cura. La gravità del dolore e la salute fisica compromessa influenzavano la decisione di prescrivere analgesici. È fondamentale un approccio collaborativo, controlli periodici del dolore e revisioni costanti delle terapie per gestire il dolore in questi residenti in modo efficace.</p> <p><b>LIMITI:</b> le limitazioni dello studio sono quattro, prima di tutto un limite è stato per quanto riguarda le informazioni sul trattamento del dolore. Infatti, lo studio non ha informazioni sul trattamento non farmacologico del dolore e ha limitate informazioni specifiche sul trattamento farmacologico, come dosaggi, frequenze e l’effettivo consumo degli analgesici prescritti. Non c’erano dettagli sugli effetti collaterali degli analgesici, e mancavano informazioni sull’uso di analgesici tra le valutazioni. Dopo, una limitazione si è posta nella mancanza di informazioni sulle comodità. Un altro limite era sulla definizione di dolore clinicamente rilevante, infatti alcuni residenti potrebbero avere avuto variazioni nella percezione del dolore tra l’inizio dello studio e i follow-up successivi. Come ultimo limite è stato proprio del campione: Molti potenziali partecipanti non sono stati inclusi a causa di vari motivi, e alcuni sono stati esclusi per dati incompleti. La ricerca ha coperto solo alcune case di cura in una contea norvegese, quindi i risultati potrebbero non essere generalizzabili a tutti gli anziani con demenza nelle case di cura della Norvegia.</p>

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p><b>TITOLO:</b> Opioids in the Elderly Patients with Cognitive Impairment: A Narrative Review</p> <p><b>AUTORI:</b> Rekatsina, M., Paladini, A., Viswanath, O., Urits, I., Myrcik, D., Pergolizzi, J., Breve, F., &amp; Varrassi, G.</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2022</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> revisione sistematica</p> <p><b>RIVISTA:</b> Pain and Therapy</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> L’obiettivo della ricerca è studiare l’effetto degli oppioidi nei pazienti anziani con deterioramento cognitivo. In particolare, si intende approfondire e comprendere la complessità della prescrizione di oppioidi in questa popolazione, considerando i cambiamenti fisiologici, farmacologici e neurologici che influenzano la percezione del dolore negli anziani con compromissione cognitiva.</p> <p><b>CAMPIONE:</b> 1392 articoli</p> <p><b>MATERIALE E METODI:</b> Nel novembre 2021, gli autori hanno effettuato ricerche nei database PubMed/Medline, Scopus e Cochrane utilizzando una combinazione di termini come “oppioidi”, “deterioramento cognitivo”, “demenza”, tra gli altri. La ricerca si è basata sui criteri SANRA e si è avvalsa di una metodologia di ricerca secondaria consultando le bibliografie degli articoli identificati. Dopo aver esaminato 1.392 articoli, gli autori hanno selezionato quelli focalizzati sul dolore negli anziani con demenza o deterioramento cognitivo, valutazione del dolore, uso e sicurezza degli oppioidi e impatti cognitivi correlati. La selezione iniziale si è basata sul titolo e sull’abstract di ciascun articolo ed è stata eseguita da due autori. L’articolo di revisione non coinvolge nuovi studi con partecipanti umani o animali, pertanto non richiede approvazioni etiche.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> Nell’articolo si evidenzia come la gestione del dolore negli anziani sia complessa a causa dei cambiamenti fisiologici e neurologici legati all’età, come lo stress ossidativo, l’infiammazione cronica e le alterazioni metaboliche. Questi processi possono accelerare la neurodegenerazione e il declino cognitivo, aumentando la suscettibilità al dolore cronico e riducendo l’efficacia dei farmaci. Un altro fattore critico è la variabilità nella farmacocinetica legata all’età, essenziale nella gestione degli oppioidi negli anziani. Sebbene efficaci, gli oppioidi possono causare effetti collaterali significativi in questa fascia di età, come sonnolenza, confusione e depressione respiratoria. Vi è anche un rischio elevato di fratture, complicanze gastrointestinali e polmonite. La combinazione con farmaci anticolinergici potrebbe amplificare questi rischi. Gli oppioidi vengono spesso prescritti per patologie non oncologiche piuttosto che per il dolore da cancro. La non aderenza al trattamento, manifestandosi in overdose o sottoutilizzo, è un’ulteriore preoccupazione per gli anziani. L’articolo sottolinea l’essenzialità di ulteriori ricerche per ottimizzare la terapia del dolore in questo gruppo, soprattutto riguardo agli oppioidi, vista l’importanza di trattamenti sicuri ed efficaci. In sintesi, la gestione del dolore negli anziani richiede un approccio ben informato, con un occhio di riguardo verso gli oppioidi, basato sulla comprensione delle specificità legate all’età.</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> Nella prescrizione di oppioidi a pazienti con demenza, è cruciale per gli operatori sanitari considerare i cambiamenti fisiologici associati all’età e alla malattia. Il metodo consigliato per l’uso degli oppioidi prevede l’avvio con dosaggi ridotti, adattandoli attentamente alle eventuali terapie farmacologiche e alle patologie presenti nel paziente. L’articolo enfatizza l’importanza di stabilire linee guida specifiche per somministrare oppioidi a chi soffre di demenza, assicurando così un approccio ottimale alla gestione del dolore cronico e un trattamento del dolore su misura per ogni individuo.</p> <p><b>LIMITI:</b> Non sono stati menzionati dei limiti significativi in questa ricerca.</p>

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p><b>TITOLO:</b> Prevalence of potentially inappropriate medications among old people with major neurocognitive disorder in 2012 and 2017</p> <p><b>AUTORI:</b> Rangfast, I., Sönerstam, E., &amp; Gustafsson, M.</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2022</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> osservazione retrospettivo</p> <p><b>RIVISTA:</b> BMC Geriatr</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> L'obiettivo principale dello studio era di esplorare l'utilizzo di farmaci potenzialmente inappropriati tra gli anziani affetti da disturbo neurocognitivo maggiore negli anni 2012 e 2017. Parallelamente, un ulteriore obiettivo secondario si proponeva di analizzare e comprendere quali fattori potessero essere associati a tale utilizzo di farmaci potenzialmente inappropriati.</p> <p><b>CAMPIONE:</b> Registro a livello nazionale basato su SveDem e SPDR</p> <p><b>MATERIALI E METODI:</b> Questo studio ha utilizzato un approccio basato sui registri nazionali, incorporando dati dal Registro SveDem, dedicato ai disturbi neurocognitivi, e dal SPDR, relativo ai farmaci prescritti. L'analisi è stata focalizzata su due coorti trasversali, relative ai periodi del secondo semestre del 2012 e del 2017. La popolazione di studio comprendeva individui ≥ 65 anni con diagnosi registrate in SveDem. Per il 2012, sono stati inclusi 20.889 pazienti con diagnosi precedente al 30 giugno 2012 e vivi al 31 dicembre 2012. Per il 2017, la coorte comprendeva 35.212 pazienti con diagnosi antecedente al 30 giugno 2017 e ancora in vita al 31 dicembre 2017.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> Tra il 2012 e il 2017, si è osservata una significativa riduzione nella prescrizione dei potenziali farmaci inappropriati, con una diminuzione dal 28,7% al 21,7%. Tuttavia, la prescrizione di antipsicotici ha mostrato un incremento marginale, passando dall'11,6% al 12,3%. Dalla regressione multipla si è dedotto che la probabilità di assunzione di potenziali farmaci inappropriati era inversamente proporzionale all'età e al punteggio dello stato mentale. Inoltre, vi era una correlazione positiva con la polifarmacia e, rispetto alla malattia di Alzheimer come riferimento, con sottotipi di demenza come demenza con corpi di Lewy e demenza della malattia di Parkinson, demenza frontotemporale e demenza vascolare.</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> Nel periodo compreso tra il 2012 e il 2017, l'uso di farmaci potenzialmente inappropriati tra gli anziani con disturbo neurocognitivo maggiore è diminuito dal 28,7% al 21,7%. Tuttavia, l'uso di antipsicotici è aumentato leggermente, dall'11,6% al 12,3%. Alcuni fattori associati a un maggiore uso di questi farmaci includono età più giovane, punteggi più bassi in test cognitivi e la presenza di determinate sottotipi di demenza rispetto alla malattia di Alzheimer.</p> <p><b>LIMITI:</b> Non sono stati menzionati dei limiti significanti in questa ricerca.</p>

<b>TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA</b>	<b>OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI</b>	<b>RISULTATI</b>	<b>CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI</b>
<p><b>TITOLO:</b> Chronic pain in Alzheimer’s disease: Endocannabinoid system</p> <p><b>AUTORI:</b> Blanton, H., Reddy, P. H., &amp; Benamar, K.</p> <p><b>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</b> 2023</p> <p><b>TIPOLOGIA DI STUDIO:</b> revisione sistematica</p> <p><b>RIVISTA:</b> Experimental Neurology</p>	<p><b>OBIETTIVO:</b> L’obiettivo dell’articolo è esplorare e riassumere il ruolo del sistema endocrinoannabinoide nel dolore, con un particolare focus sul suo potenziale ruolo nel dolore cronico associato al morbo di Alzheimer. L’articolo discute anche le attuali opzioni di trattamento per il dolore cronico, evidenziando le loro limitazioni e possibili effetti collaterali. Infine, l’articolo cerca di andare ad affronta le lacune intrinseche nella ricerca attuale e suggerisce direzioni future per ulteriori studi in questo campo.</p> <p><b>CAMPIONE:</b> articoli</p> <p><b>MATERIALI E METODI:</b> Revisione sistematica della letteratura scientifica corrente attraverso fonti ufficiali e accreditate.</p>	<p><b>RISULTATI:</b> Il sistema endocannabinoide, che mostra alterazioni nell’Alzheimer, potrebbe rappresentare un bersaglio per nuovi trattamenti farmacologici, come suggerito da analisi post-mortem. I cannabinoidi esogeni sembrano offrire benefici nel ridurre la neuroinfiammazione e le placche, ma l’uso di agonisti del recettore CB1 suscita preoccupazioni per la memoria. Ciononostante, dosi basse di delta 9THC potrebbero migliorare la memoria nei topi anziani. Si nota anche un aumento dell’espressione del recettore CB2 nei malati di Alzheimer, indicando ulteriori vie terapeutiche potenziali. Infine, l’uso medico di cannabis e cannabinoidi tra gli anziani è in aumento, e pur in assenza di ricerche specifiche, ci sono indicazioni dei benefici della cannabis in sintomi come l’agitazione e i problemi di sonno associati all’Alzheimer.</p>	<p><b>CONCLUSIONI:</b> Nelle persone affette da Alzheimer, è molto comune riscontrare la presenza di dolore cronico. Questo dolore viene spesso sottovalutato perché molti di questi pazienti non sono in grado di comunicare efficacemente il loro malessere, in particolare nelle fasi avanzate della malattia. I trattamenti attuali per il dolore sono limitati, spesso inefficaci e possono presentare diversi effetti collaterali. Nonostante ci sia un aumento dell’uso di cannabinoidi tra gli anziani, a oggi sono ancora limitate le ricerche e numerose le lacune riguardo al funzionamento dei cannabinoidi in persone anziane affette da Alzheimer.</p> <p><b>LIMITI:</b> Non sono stati menzionati dei limiti significanti in questa questa ricerca.</p>

