



DOLORE



AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore



39°

CONGRESSO NAZIONALE

AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

26-28
MAGGIO
2016
ROMA



FONDAZIONE
Paolo Procacci
FOUNDATION
Comprendere e curare il dolore
Understanding and curing pain

Segreteria Scientifica
Associazione Italiana per lo
Studio del Dolore Onlus
Fondazione Paolo Procacci Onlus
info@fondazioneprocacci.org
www.fondazioneprocacci.org
segreteria@aisd.it - www.aisd.it

Segreteria Organizzativa
AIM Group International
Sede di Roma
Via Flaminia, 1068
00198 Roma
Tel. 06 330531
Fax 06 33053229



DOLORE

AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore



In questo numero

Highlights dal Congresso AISD 2015	4
I Premi Fondazione Procacci per il Concorso "AISD per i giovani"	14
La classificazione del dolore cronico nell'ICD 11	18
Sindrome dolorosa cronica post-mastectomia <i>P. Scimia</i>	22
Fisioterapia e dolore <i>F. Galimberti</i>	30
Notizie dall'Europa	31
Notizie dai Congressi	36
Gruppi di studio di infermieristica del dolore	41

Associazione Italiana per lo Studio del Dolore AISD

Via Tacito, 7 - 00193 Roma
Tel. 3396195974
info@aisd.it
www.aisd.it
segreteria.aisd@aimgroup.eu

Consiglio Direttivo AISD 2014-2016

Presidente
Caterina Aurilio
Past President
Alessandro Fabrizio Sabato

Presidente eletto per il biennio 2016-2018
Enrico Polati

Vicepresidente
Stefano Coaccioli

Segretario
Maria Caterina Pace

Tesoriere
Giustino Varrassi

Consiglieri
Maurizio Evangelista
Diego M. Fornasari
Fabrizio La Mura
Franco Marinangeli
Andrea Truini

Direttore Responsabile
Giustino Varrassi

Coordinamento Redazionale
Lorenza Saini

Grafica e impaginazione
a cura di Osvaldo Saverino

TRIMESTRALE
Prima Reg. Trib. dell'Aquila n. 335/97
Seconda Reg. Trib. dell'Aquila n. 571 del 18/12/2007

Copia omaggio riservata ai soci.
Il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto del D.lgs. 196/03. Per l'informativa completa o per esercitare i diritti di cui all'art. 7 si può scrivere a segreteria@aisd.it

Tutti i diritti riservati.
A causa dei rapidi progressi della scienza medica si raccomanda sempre una verifica indipendente delle diagnosi e dei dosaggi farmacologici riportati.

Copyright 2015

Up-to-date dal 38° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

Si è svolta a Bari la 38° edizione del Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD) – la più antica società scientifica italiana per il dolore – con buon successo di pubblico e, soprattutto, con la partecipazione di un ampio numero di clinici e ricercatori di età non superiore a 35 anni. È questo un punto fondamentale per la crescita culturale di una società scientifica e infatti sono state presentate, in ben 5 sessioni-poster e in modo esemplare ed entusiasta, i risultati di molteplici ricerche di base ed applicate che hanno riscosso ampio interesse nei Colleghi.

Dal programma scientifico - pianificato dal Consiglio Direttivo di AISD e coordinato dal Prof. Diego Fornasari (Farmacologo dell'Università di Milano) - vorrei evidenziare due aree tematiche di particolare attualità: la valutazione del dolore in ambito medico-legale e lo stato attuale della normativa sui rischi alla guida di veicoli per coloro che assumono oppiacei.

In ambito medico-legale esistono difficoltà nella valutazione del dolore, al contrario di quanto avviene in altre condizioni di malattia, con diagnosi e stadiazione confermate da indagini di laboratorio e strumentali, che ne

permettono una sostanziale valutazione oggettiva. La difficoltà di inquadramento tabellare del dolore è un fatto che ancora persiste in Italia, nonostante recenti disposizioni legislative come la legge 38/2010 abbiano previsto atti migliorativi. Per la valutazione dell'invalidità da dolore la Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA) ha proposto ad AISD la costituzione di un tavolo tecnico per un percorso comune di supporto al medico legale da parte dei clinici sulla storia di malattia del paziente, sulle terapie in atto, comportamenti e centri a cui si è rivolto.

Il secondo punto riguarda la normativa italiana in merito alla questione di chi usa oppiacei a



Da sinistra, il preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bari, prof. Paolo Livrea, la presidente AISD prof. Caterina Aurilio, il presidente del Comitato organizzatore locale, prof. Francesco Bruno

(foto Pharmastar)



Francesco Bruno

(foto Pharmastar)



Stefano Coaccioli



Giustino Varrasi e Giorgio Cruccu

scopo terapeutico e di chi assume oppiacei a “scopo ricreativo”. Non si può non ricordare che la normativa italiana, disegnata esclusivamente nei confronti di chi abusa di oppiacei a scopo ricreativo, provoca il risultato di mettere i pazienti in cura con oppiacei nella condizione di essere ritenuti dei contravventori delle normative vigenti. Già nel 2013 il gruppo di studio AISD sulla Legge 38 aveva elaborato un documento sul tema e proprio in tale documento veniva sottolineato che la letteratura internazionale dimostra come pazienti che assumono oppiacei non presentano alterazioni dei riflessi tali da consigliare la sospensione della patente di guida. Non si può proseguire nella condizione attuale che confronta chi fa uso di metadone perché è curato in un SERT (servizio per le tossicodipendenze) con chi ha un low back pain in cura dal proprio medico, ma che con gli oppiacei riesce a continuare la sua attività lavorativa. Da questo congresso emerge quindi che bisogna fare valutazioni diverse tra soggetti che assumono oppiacei a scopo ricreativo e chi li usa a scopo terapeutico. Gli oppiacei sono una classe farmaceutica come le altre, deve essere superata l’oppiofobia e occorre riflettere sul fatto che un paziente con dolore potrebbe generare più danni e problemi alla guida rispetto a un soggetto con dolore controllato da un adeguato trattamento con oppiacei. ◀

Stefano Coaccioli
Vicepresidente AISD e consigliere EFIC®



38°

CONGRESSO
NAZIONALE AISD
ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

BARI
28-30 MAGGIO 2015
Centro Congressi Niccolò Hotel



Più ricerca scientifica per diagnosi precoci e cure appropriate della malattia dolore

(foto Pharmastar)



La presidente AISD, Caterina Aurilio

Molti gli argomenti che sono stati approfonditi al 38° Congresso dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore: dalla componente depressiva del dolore al trattamento farmacologico del dolore neuropatico fino ai più svariati aspetti del dolore cronico, dal dolore nell'anziano a quello oncologico; dall'uso dei cannabinoidi fino agli ultimi sviluppi fisiopatologici, e le più avanzate ricerche sui substrati molecolari del dolore, che possono rappresentare una base per lo sviluppo di nuovi analgesici.

L'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD) dal 1976, anno della sua fondazione per iniziativa del professor Paolo Procacci e di altri colleghi, promuove e sostiene la ricerca, poiché solo attraverso una rigorosa ricerca scientifica si può rag-

giungere un'adeguata prevenzione, diagnosi precoce, cura e assistenza del dolore. «In qualità di attuale presidente dell'AISD – ha dichiarato la prof. Caterina Aurilio, Professore Ordinario e Direttore della Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione presso la Seconda Università degli Studi di Napoli – ho pensato di porre al primo posto la formazione con l'istituzione di un Master in Terapia del Dolore e Cure Palliative, che la Legge 38 impone per la formazione specifica in tale ambito. E in attesa della creazione di una scuola di specializzazione in medicina del dolore ho richiesto al Ministro dell'Università, Prof. Gelmini, di aggiungere alla Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione anche la dizione "Terapia del Dolore", così come è indicato in ambito europeo dalla UEMS (Union Européenne des Médecin Spécialistes) e questa richiesta è stata accolta. I relatori sono tutti scienziati e clinici esperti nel loro campo, ma ampio spazio è stato riservato ai giovani ricercatori.» ◀

Disponibile nel sito di Pharmastar
l'intervista alla Prof. Aurilio:
<http://goo.gl/RYS6lq>

Tavolo di lavoro AISD-Società di medicina legale su invalidità civile e dolore cronico

Gli aspetti medico-legali della valutazione del dolore come malattia non solo sono stati uno dei temi presentati al 38° Congresso AISD di Bari, ma diventeranno tema di approfondimento grazie alla costituzione di un Tavolo congiunto di lavoro tra l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore e la Società Italiana di Medicina Legale e delle assicurazioni.

Lo hanno annunciato nel corso del Congresso il prof. Alessandro Dell'Erba, Professore Straordinario di Medicina Legale, Università degli Studi di Bari e relatore al simposio, e il prof. Stefano Coaccioli, vicepresidente AISD e direttore della Clinica Medica e Generale e Terapia Medica dell'Ospedale di Terni-Università di Perugia, Polo Didattico-Scientifico di Terni.

In ambito medico-legale esistono infatti delle difficoltà nella valutazione del dolore come malattia, quando non si abbiano evidenze tangibili e concrete, al contrario di quanto avviene

nelle altre condizioni di malattia con diagnosi e stadiazione confermate da indagini di laboratorio e strumentali, che ne permettono una sostanziale valutazione oggettiva.

Per fare un esempio concreto del problema, le attuali tabelle di invalidità civile prevedono un valore assegnato all'artrite pari al 50%, ma nel contempo non inquadrano per nulla la fibromialgia o il dolore da sensibilizzazione centrale. La difficoltà di inquadramento tabellare del dolore è un fatto che ancora persiste in Italia, nonostante recenti disposizioni legislative come la legge 38/2010 abbiano previsto atti migliorativi.

Il Tavolo congiunto AISD-SIMLA analizzerà lo scenario italiano per far emergere una serie di proposte e di atti migliorativi e per realizzare un percorso di valutazione del dolore in ambito medico-legale. ◀

Associazione italiana per lo studio del dolore



dal 1976 impegnata nello studio
e nella cura del dolore

www.aisd.it

Terapia con oppioidi e guida sicura



Un cittadino che assume oppiacei per una patologia dolorosa cronica è veramente un pericolo per sé e per gli altri? Un workshop del 38° Congresso nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore ha cercato di offrire delle possibili soluzioni al problema. La normativa italiana, formulata per punire chi abusa di oppiacei a scopo "ricreativo", mette questi pazienti nella condizione di essere ritenuti dei contravventori delle normative vigenti. Il tema degli effetti collaterali della prescrizione di oppiacei va ben oltre i semplici aspetti clinici. «Sono partito dall'assunto che spesso, assai spesso la letteratura si è affannata a dimostrare come il buon trattamento del dolore possa migliorare la qualità di vita ed anche le performances individuali, ad esempio anche consentendo di guidare meglio, attività ritenuta ormai importante nell'ottenimento di una buona qualità di vita – spiega il prof. Giustino Varrassi, presidente della Fondazione Paolo Procacci e della European League against Pain. Senza dimenticare le persone malate di dolore che come attività lavorativa sono alla guida di veicoli. La normativa italiana, tarata esclusivamente nei confronti di chi abusa di

oppiacei a mero scopo "ricreativo", mette queste persone nella condizione di essere ritenuti dei contravventori delle normative vigenti, La medicina del dolore, e soprattutto la più antica associazione scientifica ad essa dedicata, non possono ignorare il tema. Al contrario, devono affrontarlo per ottenere che la norma vigente venga rivista, anche alla luce degli innumerevoli dati scientifici esistenti sull'argomento.»

Nell'ambito del 38° Congresso nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore di Bari questo tema è stato analizzato dal Prof. Franco Marinangeli (docente dell'Università dell'Aquila e Direttore della Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione) sia sotto il profilo medico legale che clinico. La discussione, moderata dal Prof. Varrassi, ha messo in luce quale sia il "comune sentire" sull'argomento e quali potrebbero essere le potenziali soluzioni a un problema che potrebbe diventare un ostacolo a una normale, anzi auspicabile, cura mirante a migliorare le condizioni di salute dei pazienti con dolore. Già nel 2013 il gruppo di studio AISD sulla legge 38 aveva elaborato un documento sulle ripercussioni della terapia con farmaci oppiacei sulla capacità e possibilità di guidare veicoli a motore (sanzione art. 187 codice della strada) Il documento è consultabile online nel sito www.aisd.it.

Disponibile nel sito di Pharmastar l'intervista al prof. Varrassi: <http://goo.gl/r67kPR> ◀

Dolore neuropatico: un dolore complesso che colpisce il 7% della popolazione

Presentate al congresso di Bari linee-guida e nuove strategie di cura

Il congresso AISD è una sede ideale di incontro tra le esperienze di varie specialità e società scientifiche per provare a migliorare le nostre conoscenze sul dolore neuropatico, e di conseguenza migliorare la salute dei pazienti.

Il dolore neuropatico compare secondariamente a un danno del sistema nervoso, centrale o periferico. Le malattie che più comunemente provocano dolore neuropatico sono le neuropatie, come la diabetica o quella secondaria a chemioterapia, la sclerosi multipla e l'ictus. Circa il 7% della popolazione generale ne soffre.

Attualmente, purtroppo, le terapie farmacologiche comunemente utilizzate garantiscono una riduzione accettabile del dolore solo nella metà dei pazienti. Tale insuccesso terapeutico probabilmente dipende dalle conoscenze ancora limitate di questa condizione. Nell'ambito del 38° Congresso dell'Associazione Italiana per lo Studio del dolore è stata organizzata una sessione di aggiornamento sul dolore neuropatico, in

collaborazione con il gruppo di studio Neuroscienze e Dolore della Società Italiana di Neurologia. I relatori di questa sessione hanno presentato le più recenti ricerche relative ai meccanismi responsabili del dolore neuropatico. E' stato inoltre dedicato ampio spazio alla terapia farmacologica e non farmacologica.

La Professoressa Nadine Attal, dell'Università di Versailles Saint-Quentin, Parigi, tra i massimi esperti mondiali sul trattamento del dolore neuropatico, ha presentato le linee-guida sul trattamento farmacologico dell'Associazione Internazionale di Studio del Dolore (IASP). Il dottor Marco Lacerenza e la prof. Marina De Tommaso sono intervenuti i merito alle più recenti acquisizioni sulle terapie non farmacologiche,

dalla neurostimolazione alle tecniche alternative. Questa sessione è stata organizzata dal prof. Andrea Truini (Dipartimento di Neurologia e Psichiatria della Sapienza Università di Roma). ◀



Il dottor Andrea Truini



La valutazione del dolore nei pazienti con alterato stato di coscienza

Presentati i primi dati della ricerca condotta nell'Hospice di Bisceglie sul consenso al trattamento per la cura del dolore in pazienti terminali

Il consenso informato per le procedure antalgiche in persone con alterato stato di coscienza

F. F. Carabellese

Psicopatologia Forense, Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università di Bari

Il consenso costituisce conditio sine qua non nell'ambito di ogni intervento diagnostico-terapeutico in campo medico e, più in generale, esso rappresenta elemento fondante della relazione medico-paziente. Un paziente potrà prestare un valido consenso a un trattamento medico solo dopo essere stato adeguatamente informato sulla propria condizione di salute, dopo aver compreso rischi e benefici delle terapie proposte, dopo aver valutato le alternative. Egli deve inoltre possedere la capacità di decidere (competence o capacity to consent). Riguardo quest'ultima abilità, sebbene esistano definizioni differenti, sia in ambito medico che giuridico, la letteratura scientifica degli ultimi anni si è focalizzata su 4 aspetti funzionali che sottendono la capacità di prestare consenso informato ad un trattamento:

1. la capacità di comprendere gli elementi rilevanti della propria situazione medica e tutte le

informazioni utili per le scelte terapeutiche (understanding);

2. la capacità di utilizzare queste informazioni in una valutazione inerente la propria attuale condizione clinica (ad esempio le probabili conseguenze, appreciating);

3. la capacità di ragionare sulle informazioni organizzandole in un processo logico-razionale (valutazione di pro e contro) che implichi una valutazione delle possibili alternative terapeutiche (reasoning). 4. la capacità di esprimere una scelta (expressing a choice).

Affinché il consenso sia valido è necessaria la compresenza di tutte le dimensioni citate.

Tocca al medico valutare la "capacità naturale" del paziente che ha di fronte nel fornire un adeguato consenso rispetto allo specifico trattamento che, di volta in volta, gli consiglia.

Il diritto alla tutela della salute insieme alla libertà personale costituiscono, infatti, diritti fondamentali della persona e sono di tale pregnanza ed importanza, da richiedere sempre da parte del medico, al di là per certi versi dell'età del paziente e della presenza o meno di forme di tutela giuridica dello stesso, una valutazione – caso per caso – nell'attualità della prestazione da effettuare, della reale possibilità da parte del paziente di aderire con sufficiente capacità critica a quello specifico trattamento che gli è proposto dal medico. Di qualunque trattamento si tratti.

A questa premessa di carattere generale, ulteriore specificazione richiede la valutazione del consenso informato in contesti di cura particolari: il trattamento di pazienti in fine vita rappresenta senz'altro un ambito che, da questo punto di vista, deve imporre ai sanitari valutazioni affatto comuni. Da questa idea di fondo gli Autori hanno condotto una ricerca in un Hospice della provincia sul consenso al trattamento per la cura del dolore in pazienti terminali, e hanno presentato i primi dati al Congresso AISD di Bari.

■ Valutazione del dolore in pazienti con grave disturbo della coscienza: diagnostica per immagini, elettrofisiologia e aspetti filosofici

Carlo Alberto Castioni

Responsabile del Centro di Rianimazione,
Ospedale San Giovanni Bosco, Torino

Lo stato di coscienza è composto da due diverse componenti: la vigilanza, valutabile tramite l'apertura spontanea degli occhi, ed i contenuti della coscienza, valutabili tramite la capacità di eseguire ordini semplici o anche solo di localizzare alla risposta dolorosa e produrre una congrua risposta mimica.

Lo studio della coscienza, nella pratica clinica quotidiana, si avvale della valutazione clinica, dell'imaging (TAC e RMN) e dell'elettrofisiologia (EEG e Potenziali Evocati).

In un soggetto con un normale stato di coscienza le due componenti, vigilanza e stato di coscienza, sono entrambe presenti.

In un soggetto in coma le due componenti

sono entrambe assenti.

Lo stato vegetativo, o meglio di vigilanza non responsiva, è caratterizzato dalla presenza della vigilanza ma dalla assenza dei contenuti della coscienza.

Per definire un paziente come «vegetativo» è necessario che soddisfi alcuni criteri clinici. Si tratta di un soggetto che non ha coscienza di sé e dell'ambiente circostante, incapace di interagire con gli altri. Non dimostra possedere un comportamento volontario e finalistico agli stimoli visivi, uditivi, tattili ed algogeni. Non comprende il linguaggio e chiaramente non parla. Presenta dei cicli sonno veglia.

I pazienti che mantengono la vigilanza e per i quali è evidente una fluttuazione dello stato di coscienza appartengono alla categoria del minimo stato di coscienza.

A sua volta, recentemente, il minimo stato di coscienza è stato suddiviso in due sottogruppi. Lo stato di coscienza minimo meno e lo stato di coscienza minimo più. In quest'ultimo il paziente saltuariamente pronuncia alcune parole intellegibili ed esegue ordini semplici. Una condizione particolare è la Locked-in Syndrome. Questa non rappresenta un disturbo dello stato di coscienza. Sia la vigilanza che i contenuti della coscienza sono preservati. Generalmente si tratta di pazienti con lesioni del tronco encefalo con un vasto danno delle vie cortico-spinali e cortico-bulbari che impediscono ogni movimento fatto salvo quelli legati ai muscoli estrinseci degli occhi. Si tratta quindi di pazienti in cui è difficile evidenziare la presenza di una coscienza integra.

Da un punto di vista anatomico/funzionale il tronco encefalo e l'ipotalamo sono la sede della vigilanza, mentre un ampio network cortico-talamico è responsabile dei contenuti della coscienza. Da un punto di vista funzionale il passaggio dallo stato di coma allo stato di coscienza perfettamente integra rappresenta

38

CONGRESSO
NAZIONALE AISD
ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LO STUDIO DEL DOLORE

5-8
28-30 MAGGIO 2015
Centro Congressi Pirellus Hotel



un continuum progressivo.

Se ci addentriamo nella costituzione di questo network dei contenuti della coscienza questo risulta composto da una componente intrinseca (Default Mode Network) che ha a che fare con la percezione del sé ed interessa alcune aree del cervello, ed una componente estrinseca (Executive Control Network) che ha a che fare con la percezione dell'ambiente ed interessa altre aree del cervello.

Porre una diagnosi differenziale al letto del malato tra stato vegetativo e stato di minima coscienza non è semplice. La letteratura riporta una incidenza di errore compresa tra il 30 ed il 40%. Una diagnosi accurata è auspicabile per:

1. identificare un percorso di cura appropriato; fornire informazioni corrette alla famiglia
2. evitare sospensioni premature delle cure.

Per rendere uniforme il nostro approccio clinico sono state sviluppate diverse scale di valutazione. La Coma Recovery Scale-Revised è la scala maggiormente utilizzata.

Scala di cui esiste anche una versione in lingua italiana.

Più recentemente sono state introdotte tecniche di neurofisiologia e di neuroimaging per poter meglio studiare la gravità del disturbo di coscienza e la possibilità di comprendere se e in quale misura il paziente con grave disturbo della coscienza provi dolore.

■ Valutazione e trattamento del dolore nei pazienti affetti da patologie terminali

Fabrizio La Mura

Responsabile Sanitario Hospice Don Uva - Bisceglie

L'attivazione dei servizi di cure palliative avviene per il controllo dei principali sintomi che

caratterizzano lo stato cosiddetto terminale, fra cui il disorientamento spazio/temporale, lo stato confusionale, le allucinazioni, oltre ai cinque sintomi statisticamente più frequenti della terminalità (1,2) ovvero dolore, fatigue, astenia, debolezza ed inappetenza. A causa di ciò, spesso si ha una importante compromissione delle funzioni cognitive e segnatamente della memoria (3), e diversi autori si interrogano, anche per questioni etiche e medico-legali, sulla effettiva capacità di tali pazienti ad autodeterminarsi, ad esempio nell'esprimere un consenso informato per eventuali terapie o procedure (4,5), concludendo che in molti casi si possa confidare solo nel nucleo familiare, se presente, per rappresentare le ipotetiche/potenziali volontà di una persona non in grado di farlo in piena autonomia.

In tal senso, già dagli anni '80 e '90 la letteratura medica ufficiale metteva in chiaro che la capacità cognitiva, nella popolazione di pazienti terminali da tumore (non necessariamente cerebrale) nelle ultime 3-4 settimane di vita, è "impossibile da considerare come affidabile" (6), rendendo necessario effettuare routinariamente un test di screening cognitivo validato (7) dal momento stesso della presa in carico. Tuttavia, veniva già da allora anche messo in luce un altro aspetto fondamentale, ovvero la rinuncia da parte del medico ad utilizzare termini desueti e purtroppo ambigui e quindi fuorvianti per la redazione della cartella clinica. Ad esempio, la parola "sensorio".

L'uso di un termine quale Sensorio (integro/non integro) per descrivere quella che per traslato è divenuta la "Coscienza", veniva introdotto da Aristotele del IV Secolo a.C. ed usato nei secoli successivi anche nel mondo sassone ed anglosassone (Sensorium Commune), ad indicare la capacità della persona di poter "giudicare, comparare e distinguere", con il cuore deputato a tale funzione (8). L'esigenza di chiarezza terminologica, disambi-

guazione ed in definitiva di lealtà verso la persona malata ha portato il Legislatore ad imporre al medico e all'infermiere di rilevare, quantificare e descrivere nella sua evoluzione, con metodi ritenuti più appropriati unicamente fra quelli validati, un parametro clinico di vitale importanza, ovvero il dolore (Legge 38/2010) (9).

L'ometterne sia la rilevazione o la quantificazione o la sua evoluzione anche in base ai trattamenti effettuati può essere un motivo sia di fallimento del piano terapeutico globale, che un irrimediabile ostacolo alla comprensione dello stato cognitivo di qualsiasi tipologia di paziente, anche senza pregressa storia neuroe/o psicopatologica.

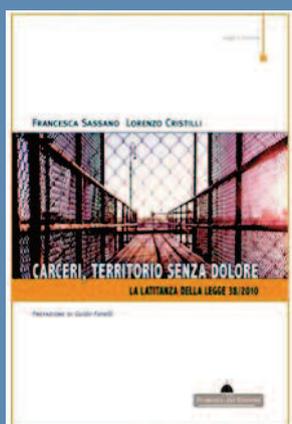
Tuttavia, non sempre è possibile, in ambito di cure palliative, utilizzare metodiche quali il pain drawing, o la rilevazione del dolore tramite scale di valutazione, in quanto la capacità

mnemonico-cognitiva dei pazienti potrebbe non permetterlo, ed una sottovalutazione di tale situazione potrebbe portare ad errori, ad esempio, in fase di titolazione dei farmaci. Ciò è ancor più vero per quei pazienti con stato minimo di coscienza, che sono sicuramente in grado di avvertire dolore e di manifestarlo, ma non di descriverlo in modo sistematico. L'esperienza clinica su diverse centinaia di Pazienti afferenti all'Hospice Don Uva di Bisceglie, e i dati raccolti a livello nazionale in modo standardizzato (DM 6/6/2012 sui "Flussi Hospice"), suggeriscono che la valutazione e gestione del dolore, e della sofferenza, nei pazienti affetti da patologie in fase terminale, debba avvalersi di competenze multidisciplinari (mediche, infermieristiche, psicologiche, pedagogiche, sociali), che coinvolgano non solo i pazienti, ma anche i loro familiari. ◀



CARCERI, TERRITORIO SENZA DOLORE. LA LATITANZA DELLA LEGGE 38/2010

**È IL TITOLO DEL LIBRO DI FRANCESCA SASSANO E LORENZO CRISTILLI,
APPENA PUBBLICATO DA FLORENCE ART EDIZIONI.**



Gli autori esaminano la mancata applicazione della legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e dimostrano che la limitazione del diritto alla salute dei reclusi, e la conseguente vanificazione della funzione rieducativa della pena, non sono legate alla "difficile condizione strutturale delle carceri, bensì più gravi conseguenze derivano dal disumano trattamento di detenuti, in attesa di giudizio e non, tali da provocare vere e proprie patologie". Sottolineano infine come l'aspirazione a un "carcere senza dolore" faccia parte "del volto umano e civile della pena".

38
 CONGRESSO NAZIONALE AISD
 ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE
 BARI
 28-30 MAGGIO 2015
 Centro Congressi Nicolaus Hotel

I premi Fondazione Procacci per il Concorso "AISD per i giovani" 2015



foto in alto. La dottoressa La Cesa

Foto a fianco. Da sinistra a destra: dott. Vigneri, Prof. Caterina Aurilio, presidente dell'Associazione Italiana per lo Studio del dolore e il prof. Giustino Varrassi, presidente Fondazione Paolo Procacci e European League against Pain.

Ogni anno nell'ambito del Congresso nazionale dell'Associazione italiana per lo studio del dolore (AISD) vengono assegnati dei premi per i migliori lavori presentati da giovani di età non superiore ai 35 anni.

Quest'anno il concorso era riservato a giovani laureati in medicina e chirurgia, scienze infermieristiche, biotecnologia magistrale, biologia magistrale, farmacia, CTF. Gli articoli dovevano essere stati pubblicati su riviste internazionali, in lingua inglese, con impact factor e indicizzate su PubMed.

Sono stati premiati due giovani neurologi: la dottoressa Silvia La Cesa, di Roma, per la pubblicazione dell'articolo: "fMRI pain activation in the periaqueductal gray in healthy volunteers during the cold pressor test", l'articolo è apparso sulla rivista *Magnetic Resonance Imaging* (2014 Apr;32(3):236-40), e il dottor Stefano Vigneri, di Occhiobello (Rovigo) per l'articolo "Effectiveness of pulsed radiofrequency with

multifunctional epidural electrode in chronic lumbosacral radicular pain with neuropathic features, pubblicato sulla rivista *Pain Physician* (2014 Nov-Dec;17(6):477-86).

La Fondazione Paolo Procacci per questa edizione 2015 ha messo a disposizione un premio di 2.500 euro per vincitore.

Il lavoro pubblicato dalla dottoressa La Cesa e colleghi (rif. bibliografico: La Cesa S, Tinelli E, Toschi N, Di Stefano G, Collorone S, Aceti A, Francia A, Cruccu G, Truini A, Caramia F. *Magn Reson Imaging*. 2014 Apr;32(3):236-40) presenta uno studio di risonanza magnetica funzionale condotto su soggetti sani per ottenere maggiori informazioni sul sistema di modulazione discendente del dolore e in particolare sulla sua struttura cardine, la sostanza grigia periacqueduttale (PAG). L'obiettivo dello studio era di ottenere l'attivazione del PAG e

conoscere il rapporto tra il dolore percepito dal soggetto e l'attivazione stessa. Durante l'acquisizione di risonanza magnetica funzionale i soggetti sono stati sottoposti a un modello di dolore di tipo tonico attraverso il cold pressor test (CPT), che si è rivelato uno strumento adatto ad attivare il PAG. Inoltre, analizzando il rapporto tra il dolore percepito dal soggetto e l'attività del PAG è emersa una correlazione inversamente proporzionale: più il PAG si attivava minore era il percepito soggettivo, meno il PAG si attivava più aumentava la percezione dolorosa. Questo risultato evidenzia in modo significativo come il PAG sia una struttura che gioca un ruolo cardine nell'inibizione dell'input nocicettivo afferente. I risultati di questo studio per la prima volta mostrano come il CPT sia uno strumento valido per attivare il PAG e le strutture ad essa connesse sottolineando inoltre la correlazione tra la sua attivazione e l'intensità del dolore. Tali dati pongono le basi per futuri studi volti ad indagare possibili disfunzioni del sistema di modulazione discendente in quelle sindromi dolorose i cui meccanismi patogenetici non sono ancora stati chiariti.

Lo studio del dottor Vigneri e colleghi (rif. bibliografico: Vigneri S, Sindaco G, Gallo G, Zanella M, Paci V, La Grua M, Ravaioli L, Pari G. Pain Physician. 2014 Nov-Dec;17(6):477-86) presenta i risultati di un'idea di ricerca nata già nel 2011, per valutare gli effetti della radiofrequenza pulsata (PRF) nel dolore lombo-sacrale. Il dolore radicolare lombo-sacrale colpisce fino al 25% della popolazione generale, una percentuale probabilmente destinata a crescere in virtù dell'aumento dell'aspettativa di vita. Oggi le indicazioni al trattamento chirurgico delle patologie responsabili del dolore radicolare lombo-sacrale si sono ridotte preferendosi piuttosto, in assenza di deficit motori, terapie interventistiche minimamente invasive. La radiofrequenza pulsata

(PRF) ha sostituito la radiofrequenza continua in virtù del suo maggiore profilo di sicurezza. La domanda posta dallo studio era: che effetto/percentuale di successo terapeutico potremmo ottenere in pazienti con dolore radicolare lombo-sacrale cronico con caratteristiche neuropatiche? Lo studio è stato condotto su 34 soggetti adulti affetti da dolore lombo-sacrale irradiato a un arto presente da > 6 mesi, in assenza di deficit motori e non responsivi a farmaci, fisioterapia o terapia infiltrativa. La metà dei pazienti ha ottenuto un pain relief significativo fino a 6 mesi dal trattamento. Sebbene il 30% di riduzione del dolore possa apparire un risultato trascurabile bisogna considerare che è stato ottenuto in pazienti con dolore neuropatico. (a pagina 16 una presentazione più articolata dello studio)



Effetti della radiofrequenza pulsata (PRF) nel dolore lombo-sacrale

Vigneri S, Sindaco G, Gallo G, Zanella M, Paci V,

La Grua M, Ravaoli L, Pari G

Effectiveness of pulsed radiofrequency with multifunctional epidural electrode in chronic lumbosacral radicular pain with neuropathic features
Pain Physician. 2014; 17(6): 477-86

L'idea di sviluppare uno studio che valutasse gli effetti della radiofrequenza pulsata (PRF) nel dolore lombo-sacrale è nata nel 2011 da un gruppo di medici con storia e formazione differenti ma con un comune interesse per la medicina del dolore e la ricerca.

Il dolore radicolare lombo-sacrale colpisce fino al 25% della popolazione generale, una percentuale probabilmente destinata a crescere in virtù dell'aumento dell'aspettativa di vita. Oggi le indicazioni al trattamento chirurgico delle patologie responsabili del dolore radicolare lombo-sacrale si sono ridotte, preferendosi piuttosto, in assenza di deficit motori, terapie interventistiche minimamente invasive. Le radiofrequenze sono onde elettromagnetiche ad alta frequenza, somministrate attraverso ago o elettrocattetero, che generano un campo elettrico e temperature fino a 90 °C. Oggi la PRF ha sostituito la radiofrequenza continua in virtù del suo maggiore profilo di sicurezza: la sua caratteristica è la capacità di mantenere una temperatura alla punta dell'ago/elettrocattetero tra 40-42 °C. Il meccanismo d'azione della PRF non è stato definitivamente chiarito, tuttavia tra i principali fattori coinvolti vi sono la neuromodulazione del target (il ganglio della radice dorsale) e delle fibre che trasmettono il dolore, e la microlesione capace di indurre riarrangiamento dell'architettura cellulare senza causarne la morte. Gli studi che hanno valutato gli effetti della PRF nel dolore lombo-sacrale finora hanno ottenuto risultati contrastanti probabilmente a causa di differenti protocolli e

metodi. Nel complesso percorso che accompagna l'algologo verso un corretto approccio terapeutico il primo passo è certamente la diagnosi patogenetica che ci porta a grandi categorie come il dolore nocicettivo e neuropatico. Quest'ultimo rappresenta la sfida più complessa per il medico in quanto secondario a una lesione o disfunzione del sistema somatosensoriale del paziente, che quindi non risponde più ai principali farmaci analgesici.

Con queste premesse, la domanda che ci siamo posti è stata: che effetto/percentuale di successo terapeutico potremmo ottenere in pazienti con dolore radicolare lombo-sacrale cronico con caratteristiche neuropatiche?

Metodi

Lo studio, prodotto dall'équipe di medicina del dolore guidata dal Dott. Gilberto Pari, presso la Clinica Santa Maria Maddalena, è stato condotto su 34 soggetti adulti affetti da dolore lombo-sacrale irradiato a un arto presente da > 6 mesi, in assenza di deficit motori e non responsivi a farmaci, fisioterapia o terapia infiltrativa. Sono stati selezionati pazienti con dolore neuropatico probabile o definito, diagnosticato secondo un recente grading clinico proposto nel 2008 da Treede et al (1).

Per l'arruolamento è stata effettuata una visita pre-ricovero durante la quale sono stati anche somministrati il questionario italiano sul dolore (QUID) e una scala di classificazione numerica del dolore in 10 punti (NRS) (2,3). Il follow-up è stato invece fissato al primo e al sesto mese dopo la procedura: il trattamento è stato considerato efficace quando i pazienti hanno dichiarato una riduzione > 2 punti al NRS e > 30% del dolore precedente alla PRF.

La procedura è stata effettuata attraverso il posizionamento per via trans-sacrale di un elettrocattetero multifunzionale di Pasha, guidato nello

38

CONGRESSO NAZIONALE AISD ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

BARI 29-30 MAGGIO 2015 Centro Congressi Nicolaus Hotel



spazio peridurale in prossimità del ganglio/radicola nervosa responsabile del dolore del paziente. Il corretto posizionamento della sonda è stato confermato dalle immagini radiologiche e da una stimolazione test che il paziente avverte come un formicolio sull'area del suo dolore. Dopo il collegamento dell'elettrocattetero al generatore di radiofrequenza si è dato il via alla stimolazione terapeutica a 2 Hz e 45 V per 240 s. Al termine della procedura l'elettrodo è quindi stato rimosso e il paziente medicato.

Risultati

- Un miglioramento del dolore valutato con NRS e QUID significativo dopo 1 e 6 mesi rispetto al pre-trattamento.
- La differenza nei punteggi tra il primo e il secondo controllo non è risultata invece significativa, suggerendo un effetto antalgico duraturo almeno fino al sesto mese dopo la PRF.
- I due punteggi NRS e QUID hanno mostrato una riduzione parallela a 1 e 6 mesi.
- Il successo terapeutico è stato raggiunto nel 52,9% e nel 50% dei pazienti, rispettivamente a 1 e 6 mesi.

Conclusioni

Riassumendo le principali osservazioni ottenute dallo studio, possiamo dire che la metà dei pazienti ha ottenuto un pain relief significativo fino a 6 mesi dal trattamento. Sebbene il 30% di riduzione del dolore possa apparire un risultato trascurabile, bisogna considerare che è stato ottenuto in pazienti con dolore neuropatico. I risultati contrastanti presenti nella letteratura scientifica sono a nostro avviso secondari all'utilizzo di diversi parametri di stimolazione (e.g., 120 secondi), all'utilizzo dell'ago (l'elettrocattetero da noi utilizzato permette di raggiungere più facilmente il target da trattare, esercita un maggior effetto dovuto al campo elettrico con minor riscaldamento nervoso e permette la somministrazione di farmaci), e alla man-

canza di caratterizzazione patogenetica del dolore trattato (nocicettivo vs. neuropatico) (4). Per comprendere la reale efficacia della PRF appare quindi importante che gli studi futuri utilizzino parametri di inclusione dei pazienti e di stimolazione univoci.

Simone Vigneri

MD, PhD student

Santa Maria Maddalena e Advanced Algology Research, Occhiobello (RO)

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche (BioNeC), Università di Palermo

Bibliografia

1. Bennett MI, Rayment C, Hjermsstad M, Aass N, Caraceni A, Kaasa S. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. *Pain* 2012;153:359-65.
2. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* 2012;153:1390-6.
3. Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain. In: Croft P, editor. *Chronic pain epidemiology: from aetiology to public health*. Oxford: Oxford University Press; 2011. p 209-33.
4. Reda H, Greene K, Rice FL, Rowbotham MC, Petersen KL. Natural history of herpes zoster: late follow-up of 3.9 years (n=43) and 7.7 years (n = 10). *Pain* 2013;154:2227-33.
5. Torrance N, Lawson K, Afolabi E, Bennett MI, Serpell MG, Dunn KM, Smith BH. Estimating the burden of disease in chronic pain with and without neuropathic characteristics: Does the choice between the EQ-5D and SF-6D matter?. *Pain* 2014;Epub Jul 11.
6. Van Hecke O, Austin S, Smith BH, Khan R, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. *Pain* 2014;155:654-62.
7. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047-53. ◀



La classificazione del dolore cronico nell'ICD 11

*Un passo importante per cure adeguate a livello mondiale
Intervista al prof. Giustino Varrassi*

Il dolore cronico, come problema di salute prioritario, dovrebbe ricevere maggiore attenzione a livello internazionale, perché un adeguato trattamento del dolore è un diritto umano e i sistemi sanitari nazionali hanno il dovere di curarlo. Per questo motivo l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) ha istituito una task force per una revisione della classificazione del dolore cronico nell'International Classification of

Disease (ICD). Questa task force, che opera in sintonia con l'OMS, sarà sottoposta a "peer review", per essere poi votata all'assemblea OMS del 2017 e diventare quindi operativa. Il lavoro della task force è già in una fase abbastanza avanzata in quanto, grazie alla collaborazione di Bedirhan Üstün e Robert Jakob dell'OMS, la nuova proposta è già stata inserita nella versione beta dell'ICD10 (<http://id.who.int/icd/entity/1581976053>).

Prof. Varrassi, perché serve una codifica ICD aggiornata?

La spiegazione è semplice: l'attuale mancanza di un'adeguata codifica ICD rende difficile l'acquisizione di dati epidemiologici accurati, relativi in particolare al dolore cronico difficile, e impedisce un'adeguata valutazione economica per l'assistenza sanitaria. Ostacola inoltre lo sviluppo e la realizzazione di nuove terapie. L'ICD

è un sistema elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che classifica le malattie e i traumatismi a scopo statistico in gruppi tra loro correlati ed è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeriche i termini medici in cui sono espresse le diagnosi di malattia, i vari problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche. Questo sistema di classificazione, di osservazione e analisi delle patologie organiche, psichiche e comportamentali della popolazione dovrebbe quindi aiutare a migliorare la qualità della diagnosi di tali patologie.

L'attuale versione ICD, per la prima volta, include alcuni codici diagnostici per le condizioni di dolore cronico, ma queste diagnosi non riflettono il reale impatto epidemiologico del dolore cronico, né sono classificate in modo sistematico.

Compito della task force IASP è trovare un razionale principio di classificazione che si adatti alle diverse tipologie di

segue a pag. 21



La classificazione del dolore cronico

Sulla rivista *Pain* (2015; 156: 1003-1006 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450869/>) è ora disponibile una descrizione dettagliata della proposta di revisione compilata dalla task force. Accenniamo agli elementi principali.

Il dolore cronico è stato definito come dolore persistente o ricorrente che perdura da più di 3 mesi. Questa definizione in funzione della durata del dolore ha il vantaggio di essere chiara e applicabile.

Indicatori specifici, opzionali, per ogni diagnosi registrano anche i fattori psicosociali e la severità del dolore, che può essere classificata in base all'intensità del dolore, al senso di angoscia collegato al dolore e alla compromissione funzionale.

Dolore cronico primario

Il dolore cronico primario cronico è il dolore presente in una o più regioni anatomiche che persiste o ricorre per più di 3 mesi ed è associato a significativo stress emotivo o disabilità funzionale (interferendo con le attività della vita quotidiana e con la vita sociale) e che non può essere più appropriatamente spiegato da un'altra condizione di dolore cronico. Si tratta di una nuova definizione fenomenologica, motivata dal fatto che in molte forme di dolore cronico l'eziologia non è nota.

Condizioni comuni come, per esempio, il dolore alla schiena, che non è identificato né come dolore muscoloscheletrico né come dolore neuropatico, il dolore cronico diffuso, la fibromialgia e la sindrome dell'intestino irritabile saranno collocate in questa sezione. Il termine "dolore primario" è stato scelto in stretto accordo con il comitato per la revisione dell'ICD-11, che ha considerato questa definizione come la più ampiamente accetta-

bile, in particolare dal punto di vista dei non specialisti.

Dolore cronico da cancro

Nella malattia oncologica il dolore è una presenza frequente e debilitante, e non era stato ancora considerato nell'ICD. La task force ha deciso di inserirlo come un'entità separata, in quanto ci sono specifiche linee guida per il trattamento del dolore cronico da cancro e perché può essere un dolore causato dal cancro stesso (tumore primario o metastasi) o dal trattamento del cancro (chirurgico, chemioterapico, radioterapico, ecc.). Il dolore da cancro sarà quindi suddiviso in base alla sede: viscerale, ossea (o muscoloscheletrica), e somatosensoriale (neuropatico). Sarà descritto come continuo o intermittente (dolore episodico), e se associato al movimento fisico o a procedura clinica. Il dolore correlato al trattamento avrà dei riferimenti incrociati con le sezioni del dolore post-chirurgico e del dolore neuropatico.

Dolore cronico post-chirurgico e post-traumatico

Poiché dopo intervento chirurgico, e in alcuni tipi di lesioni, il dolore che persiste oltre la guarigione normale è un caso frequente, è stata creata una sezione ad hoc. Il dolore post-chirurgico e post-traumatico è definito come dolore che si sviluppa dopo intervento chirurgico o lesione del tessuto (inclusi tutti i tipi di trauma, tra cui le ustioni) e persiste almeno tre mesi dopo l'intervento chirurgico o il trauma; questa definizione esclude altre cause di dolore (infezione, tumore maligno ricorrente, dolore da problema preesistente). Sia per motivi medicolegali che per motivi di causa-effetto, si ritiene che una separazione tra dolore postoperatorio e dolore post trauma sia utile e opportuna.

A seconda del tipo di intervento chirurgico, il dolore cronico post-chirurgico è spesso di tipo neuropatico (è così in media nel 30% dei casi, con una incidenza tra il 6% e il 54% e più). Il dolore con componente neuropatica è generalmente più grave rispetto al dolore nocicettivo e incide negativamente sulla qualità della vita.

Dolore neuropatico cronico

Il dolore neuropatico cronico è causato da una disfunzione o da una malattia del sistema somatosensoriale. Il sistema somatosensoriale fornisce informazioni sul corpo, tra cui pelle, apparato muscolo-scheletrico e organi viscerali. Il dolore neuropatico può essere spontaneo o evocato, come una risposta sproporzionata rispetto allo stimolo doloroso (iperalgisia) o una risposta dolorosa a stimoli normalmente non dolorosi (allodinia). La diagnosi di dolore neuropatico richiede una storia di lesioni del sistema nervoso (per esempio, da ictus, da trauma del nervo, o da neuropatia diabetica), e una distribuzione del dolore plausibile da un punto di vista neuroanatomico. Per l'identificazione definitiva del dolore neuropatico è necessario dimostrare la lesione o la malattia che coinvolge il sistema nervoso, tramite diagnostica per immagini, biopsia, test neurofisiologici o di laboratorio. Inoltre, devono essere presenti segni sensoriali negativi o positivi compatibili con l'innervazione della struttura nervosa lesionata. Gli elementi diagnostici all'interno di questa categoria saranno divisi in condizioni di dolore neuropatico periferico o centrale.

Mal di testa cronico e dolore oro-facciale

L'International Headache Society (IHS) ha elaborato una classificazione del mal di testa disponibile integralmente nella sezione sulla neurologia. Questa classificazione distingue tra mal di testa primario (idiopati-

co), secondario (sintomatico) e dolore oro-facciale, incluse le nevralgie craniche. Nella sezione sul dolore cronico, saranno inclusi solo la cefalea cronica e il dolore oro-facciale cronico.

Mal di testa cronico e dolore oro-facciale cronico sono definiti come mal di testa o dolori oro-facciali che si verificano in almeno il 50% del giorni in un arco di tempo di almeno 3 mesi. Per vari motivi, ai pazienti si fa diagnosi in base ai fenotipi di mal di testa o ai dolori oro-facciali al momento presenti. La sezione elencherà la maggior parte delle condizioni di mal di testa cronici frequenti.

I dolori oro-facciali cronici più comuni sono i disturbi temporo-mandibolari, che sono stati inclusi nella sottosezione del dolore cronico. Il dolore oro-facciale cronico può presentarsi come una cefalea primaria. Questo è comune nelle cefalalgie autonomico-trigeminali, meno comuni nelle emicranie, e raro nelle cefalee di tipo tensivo. Diversi dolori cronici oro-facciali da nevralgia del trigemino post-traumatica, dolore persistente oro-facciale idiopatico e sindrome della bocca urente si incrociano con il dolore cronico primario e neuropatico. La definizione temporale di "cronico" è stata estrapolata da quella delle emicranie croniche.

Dolore viscerale cronico

Il dolore viscerale cronico è il dolore persistente o ricorrente che ha origine dagli organi interni della testa e del collo e dalla cavità toracica, addominale e pelvica. Il dolore è di solito percepito nei tessuti somatici (pelle, sottocute, muscoli) in aree che ricevono la stessa innervazione sensitiva dell'organo interno all'origine del dolore (dolore viscerale riferito). In queste aree spesso è presente iperalgisia secondaria (aumento della sensibilità agli stimoli dolorosi in settori diversi dal sito primario del-

segue da pag. 18

dolore cronico e si inserisca nel quadro generale ICD-11.

Le tipologie di dolore sono variamente definite in base alla sede del dolore percepito, all'eziologia o all'apparato anatomico principalmente coinvolto.

Ma alcune diagnosi di dolore, come la fibromialgia, sfidano questo modello di classificazione. Qual è il criterio adottato?

La task force IASP ha deciso di dare priorità all'eziologia, seguita dai meccanismi fisiopatologici sottostanti, e infine alla parte anatomica in cui è percepito il dolore.

l'input nocicettivo); l'intensità del sintomo può non avere alcun rapporto con l'entità del danno interno o dello stimolo viscerale nocivo.

La sezione del dolore viscerale sarà suddivisa sulla base dei principali meccanismi sottostanti. Il dolore provocato da cancro avrà riferimenti incrociati con la sezione dedicata al dolore oncologico cronico e il dolore dovuto a meccanismi funzionali, o inspiegabili, farà riferimento alla sezione sul dolore cronico primario.

Dolore cronico muscolo scheletrico

Questo tipo di dolore è definito come dolore persistente o ricorrente che si manifesta come parte di un processo patologico che colpisce direttamente ossa, articolazioni, muscoli o tessuti molli correlati. Secondo i vincoli metodologici impostati dalla task force, questa categoria è quindi limitata al dolore nocicettivo e non include il dolore che può essere percepito in tessuti muscolo-scheletrici, ma che ha origine da proble-

La nuova categoria ICD per "dolore cronico" comprende vari disturbi comuni con rilevanza clinica che sono stati suddivisi in 7 gruppi: (1) dolore cronico primario, (2) dolore cronico oncologico, (3) dolore cronico post-traumatico e postoperatorio, (4) dolore neuropatico cronico, (5) cefalea cronica e dolore oro-facciale, (6) dolore viscerale cronico e (7) dolore cronico muscoloscheletrico.

La proposta della task force IASP non rappresenta ancora una soluzione perfetta per la classificazione di tutte le manifestazioni di dolore cronico, ma è comunque un primo approccio sistematico, si basa su competenze internazionali ed è in linea con i requisiti della ICD. ◀

mi di compressione neuropatica o dolore somatico riferito. Sono incluse malattie caratterizzate da persistente infiammazione ad eziologia infettiva, autoimmune o metabolica (come l'artrite reumatoide), e malattie come l'osteoartrosi sintomatica.

Per il dolore muscoloscheletrico di origine neuropatica si rimanderà anche alla sezione dedicata al dolore neuropatico. Per problematiche muscoloscheletriche per le quali le cause non sono completamente chiare, per esempio il mal di schiena non specifico o il dolore cronico diffuso, si rimanderà alla sezione sul dolore cronico primario.

A cura di Giustino Varrassi e Lorenza Saini

Link utili per saperne di più:

<http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>

<http://id.who.int/icd/entity/1581976053>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450869/> ◀

Sindrome dolorosa cronica post-mastectomia

Paolo Scimia¹

con la collaborazione di **Fusco P.**², **Petrucci E.**², **Pozzone T.**², **Bafile A.**³, **Marinangeli F.**¹

¹ Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente
Cattedra di Anestesia e Rianimazione Università degli Studi dell'Aquila

² U.O.C. Anestesia e Rianimazione Ospedale San Salvatore, L'Aquila

³ U.O.S.D. Chirurgia Senologica Ospedale San Salvatore, L'Aquila

Introduzione

I tumori della mammella costituiscono una delle più frequenti patologie oncologiche nelle donne, occupando annualmente il 31% dei casi di neoplasia nella popolazione femminile (1). La chirurgia mammaria, estesa sovente alla regione ascellare, rappresenta, attualmente, una delle procedure più comuni condotte in ambito ospedaliero (2). Tali interventi chirurgici determinano l'insorgenza di un dolore acuto postoperatorio di grado moderato-severo che, se non adeguatamente trattato, può determinare importanti effetti sistemici favorendo l'insorgenza di complicanze, con un incremento significativo della morbidità peroperatoria, dei tempi di degenza e dei costi (3-5). E' ormai noto, inoltre, come in questa tipologia di procedure chirurgiche, una inadeguata analgesia postoperatoria possa favorire l'evoluzione del dolore verso la cronicità nel 25-60% dei casi (6,7). Alla luce di dati forniti da studi recenti, si stima come una percentuale di donne variabile dal 20 al 50% possa sviluppare una "sindrome dolorosa cronica post-mastectomia", con una compromissione significativa della qualità di vita (8,9). Purtroppo, nonostante la disponibilità di diverse strategie terapeutiche, il raggiungimento di una efficace analgesia postoperatoria in breast surgery

resta, ad oggi, un problema ancora non del tutto risolto (10).

Il dolore: un fenomeno multidimensionale

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore definisce il dolore come "una esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a un danno tessutale, potenziale o reale, o descritta in termini di tale danno" (11). Il dolore può essere considerato un fenomeno complesso, che comprende la percezione della sensazione e la reazione emozionale che da essa scaturisce, la cui conseguenza è la soggettività della percezione stessa. Le fibre nervose A δ e C sono deputate alla trasmissione dello stimolo algico dall'area lesa al midollo spinale e, quindi, alle strutture del sistema nervoso centrale responsabili dell'elaborazione della sensazione dolorosa. In particolare, le fibre A δ , mielinizzate e ad alta velocità di conduzione, sono implicate nella trasmissione del "primo dolore" o "dolore veloce", urente, ben localizzato e di breve durata; le fibre C, poco mielinizzate e a conduzione più lenta trasmettono invece il "secondo dolore" o "dolore lento", più diffuso e con una connotazione spiacevole e prolungata nel tempo (12). Tali fibre, coinvolte nel trasferimento dell'informa-

zione nocicettiva dal midollo ai centri corticali superiori, vanno a costituire due vie ascendenti di trasmissione. Le fibre A δ formano il fascio neo-spino talamico che, a partire dal midollo, in seguito a un relè a livello talamico, trasmetterebbe l'informazione a livello dell'area cortico-sensoriale primaria (area dello schema corporeo). Viceversa, le fibre C vanno a costituire il fascio paleo-spino-talamico che, portandosi al midollo, dopo un relè a livello talamico, andrebbe a terminare a livello del sistema limbico, strettamente connesso alla risposta emozionale al dolore (13). Quindi, ogni dolore presenta in realtà due componenti: quella legata alla percezione meccanica dello stimolo doloroso ma, di non trascurabile importanza, è la componente affettivo-emozionale del dolore. L'interpretazione e la percezione dello stimolo doloroso da parte del malato variano in base alla cultura, l'etica, l'umore, l'educazione, le precedenti esperienze dolorose e all'aspettativa di guarigione. Parlare di multidimensionalità significa riconoscere che, nell'esperienza del soggetto che prova dolore, numerosi elementi possono incidere, sia in senso specifico, nella sensazione dolorosa, che in generale, nel vissuto di sofferenza dell'individuo (12).

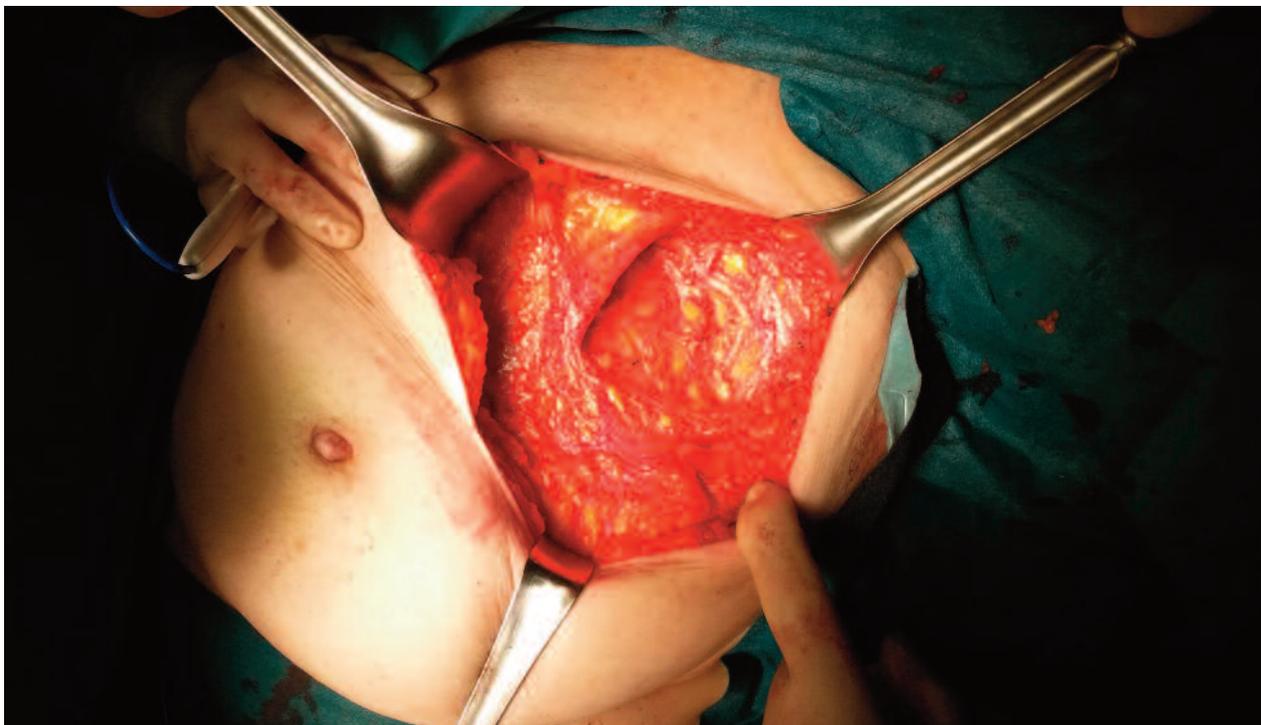
Cronicizzazione del dolore

Il dolore può essere suddiviso in due categorie principali: il dolore acuto e il dolore cronico. Il dolore acuto è un sintomo, definito come un dolore ad inizio recente e probabile durata limitata che, generalmente, ha una correlazione causale e temporale identificabile con un danno tissutale o con una malattia, e tende a risolversi con il processo di guarigione dell'insulto lesivo. È evidente come il dolore acuto postoperatorio, data la potenziale riproducibilità, rappresenti il modello di riferimento del dolore acuto. Sebbene la diagnosi di dolore cronico possa variare in base al quadro clinico

o alla lesione da cui esso ha avuto origine, la IASP definisce il dolore cronico come quello senza un evidente significato biologico che persiste oltre il normale tempo di guarigione dei tessuti (usualmente fissato a 3 mesi) (11.12). Il dolore cronico non è più un sintomo con il significato di campanello d'allarme, ma va considerato una "malattia autonoma", che ha un notevole impatto sulla vita di relazione e sugli aspetti psicologici e sociali caratteristici della persona. I progressi nella ricerca, negli ultimi anni, hanno aumentato le conoscenze sui meccanismi eziopatogenetici del dolore cronico, che sembrano essere legati alla risposta neuronale a un danno tissutale. Recenti evidenze scientifiche suggeriscono come un inadeguato trattamento del dolore acuto, possa scatenare modificazioni biochimico-strutturali nei neuroni, che porterebbero all'instaurarsi di una "memoria del dolore", responsabile di cambiamenti persistenti nell'elaborazione nocicettiva con implicazioni nell'esperienza dolorosa futura (13). L'insieme di tali fenomeni, definito "sensibilizzazione centrale", sarebbe responsabile dell'evoluzione del dolore acuto in dolore cronico, che può persistere oltre la normale guarigione, con conseguente impatto invalidante sul paziente e compromissione della qualità di vita (14). Il problema della cronicizzazione del dolore postoperatorio rappresenta una crescente emergenza sanitaria, ancora in parte misconosciuta che, oltre alla sofferenza umana, comporta ingenti costi economici, e pertanto deve essere affrontato su più livelli: biologico, psicologico e sociale (14).

La chirurgia della mammella

Il carcinoma mammario rappresenta la prima causa di morte nel sesso femminile negli Stati Uniti, in Canada e in Europa (15). In Italia, le neoplasie della mammella rappresentano il tumore più frequentemente diagnosticato tra le donne in tutte le fasce d'età (16). Nella mag-



gior parte dei casi, l'intervento chirurgico è il primo provvedimento che viene intrapreso, in base alla stadiazione clinica al momento della diagnosi della neoplasia mammaria. La chirurgia può essere di tipo conservativo o radicale. Il trattamento conservativo occupa oltre il 40% della chirurgia mammaria oncologica, e la quadrantectomia, ossia la rimozione del tumore primario con margini liberi conservando un'ampia area di tessuto circostante, è la tipologia di intervento più comune (17). Verificare lo stato dei linfonodi del cavo ascellare omolaterale dopo l'intervento è importante per accertare se le cellule neoplastiche si sono diffuse al di fuori della mammella e per stabilire la necessità di ulteriori trattamenti. Se l'esame istologico conferma la presenza di cellule tumorali, si rende necessaria la dissezione (o svuotamento) ascellare, che consiste nell'asportazione di tutti i linfonodi dell'ascella. Una tecnica più recente e meno invasiva è biopsia del linfonodo sentinella: durante l'intervento conservativo di asportazione del

tumore, il chirurgo rimuove solo il linfonodo più vicino al tumore, dopo averlo identificato mediante sostanze coloranti o radio traccianti preventivamente iniettati. Gli altri linfonodi ascellari saranno asportati solo se l'esame istologico estemporaneo accerti la presenza di cellule tumorali. La mastectomia radicale, descritta nel XIX secolo da Halsted, consiste nell'asportazione chirurgica dell'intera ghiandola mammaria, della cute, del tessuto adiposo, dei muscoli pettorali, e dei linfonodi ascellari omolaterali. Tale intervento si rende necessario nei casi in cui il tumore è voluminoso, piccolo ma con estesa componente intraduttale, oppure è multicentrico e multifocale. Oggi, grazie alle moderne metodiche di diagnosi precoce, è possibile eseguire una mastectomia radicale modificata, con conservazione dei muscoli pettorali. La mastectomia è seguita generalmente dalla chirurgia ricostruttiva, che prevede il posizionamento di espansori e protesi. Nonostante l'efficacia del trattamento chirurgico del tumore al seno,

sono state segnalate complicanze frequenti nel periodo postoperatorio, tra le quali meritano attenzione il linfedema, l'infezione della ferita chirurgica, la rigidità della spalla, e soprattutto il dolore che può persistere anche a distanza di tempo dall'intervento (18). Il dolore cronico secondario alla procedura chirurgica può essere nocicettivo, derivante dal danneggiamento di muscoli e legamenti, o neuropatico, risultante dal danno dei nervi o dalla disfunzione del sistema nervoso.

Neuro-anatomia della regione mammaria e ascellare

L'innervazione della regione mammaria e ascellare riceve un importante contributo da rami del plesso cervicale e brachiale, ed è fornita essenzialmente da tre principali gruppi di strutture nervose: i nervi pettorali, i nervi intercostali, il nervo toracico lungo ed il nervo toraco-dorsale (17,19). I nervi pettorali sono rami nervosi maggiori che derivano dal plesso brachiale. Il nervo pettorale laterale nasce comunemente da C5-C7 e decorre in un piano fasciale tra i muscoli pettorali, costantemente adiacente al ramo pettorale dell'arteria toraco-acromiale, per andare ad innervare il muscolo grande pettorale. Il nervo pettorale mediale origina da C8-T1 e fornisce l'innervazione del muscolo piccolo pettorale. I nervi intercostali toracici T2-T6 decorrono all'interno di un piano compreso tra i muscoli intercostali fino allo sterno e forniscono rami laterali e anteriori, deputati rispettivamente all'innervazione sensitiva della regione laterale e mediale del seno. Il ramo cutaneo laterale del secondo nervo intercostale prende il nome di nervo intercostobrachiale. Il nervo toracico lungo (o nervo respiratorio esterno di Bell) nasce da C5-C7, entra nel cavo ascellare posteriormente al plesso brachiale, e fornisce l'innervazione del muscolo serrato anteriore. Il nervo toraco-dorsale (o sottoscapolare medio) origina da C6-

C8, e compie il suo tragitto nel cavo ascellare per andare a innervare il muscolo grande dorsale.

Sindrome dolorosa cronica post-mastectomia
La "sindrome dolorosa cronica post-mastectomia" (post-mastectomy pain syndrome, PMPS) è stata descritta per la prima volta nel 1970 da Wood, (20) e definita dalla IASP come il dolore cronico a livello della parete toracica anteriore, del cavo ascellare, e/o della metà superiore del braccio, che insorge in seguito a mastectomia o quadrantectomia, e persiste per più di 3 mesi dopo l'intervento chirurgico (11). Sebbene, la letteratura sia equivoca nella definizione del dolore cronico post-mastectomia, Jung et al. (21) hanno proposto una classificazione di questa tipologia di dolore neuropatico in quattro sottotipi: 1) dolore da seno fantasma, ovvero la sensazione dolorosa a livello della mammella che è stata asportata; 2) nevralgia intercostobrachiale, definita come l'insorgenza di dolore e modificazioni sensitive nella regione di distribuzione del nervo intercostobrachiale dopo interventi di chirurgia mammaria oncologica, con o senza dissezione ascellare. La PMPS è inclusa in questa categoria, in quanto il danno intraoperatorio di tale nervo rappresenta la causa più comune di questa sindrome (22); 3) dolore secondario alla presenza di un neuroma, che comprende il dolore sulla cicatrice chirurgica, al torace o al braccio, scatenato dalla percussione (segno di Tinel); 4) dolore causato da danni a carico di altri nervi, risultanti da un danno o anche dalla trazione dei nervi pettorali, toracico lungo e toraco-dorsale. Sebbene, la PMPS si associ comunemente alla mastectomia radicale con linfadenectomia ascellare, Tashmuth riporta come l'insorgenza della sindrome sia più frequente dopo interventi chirurgici meno invasivi, come la quadrantectomia con dissezione ascellare (23). Tale osservazione clinica suggerisce come, l'incidenza del dolore non sia

tanto legata al tipo di chirurgia, quanto piuttosto alla modalità di approccio al cavo ascellare, dove il nervo intercostobrachiale compie il suo tragitto e pertanto, può subire un danno iatrogeno (24). L'incidenza della PMPS è elevata, dal 20 al 50%, e la presenza del dolore può avere un impatto significativo sulle attività quotidiane, determinando uno scadimento progressivo della qualità di vita (8,9).

Fattori di rischio

I fattori di rischio per lo sviluppo della PMPS possono essere correlati al paziente o all'intervento chirurgico. Tra i fattori correlati al paziente meritano attenzione l'età, la mancanza di un partner e l'indice di massa corporea (BMI) (25). In particolare, l'incidenza di PMPS sembra essere maggiore nelle pazienti giovani, di età < 35 anni, nelle quali la maggiore aggressività del tumore, la minore soglia della sensibilità nocicettiva, e l'alto tasso di recidive rendono la prognosi peggiore. Sebbene un BMI elevato possa rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo della sindrome, la maggior parte degli autori non hanno confermato tale ipotesi. Tra i fattori correlati alla chirurgia, meritano attenzione la presenza e l'intensità del dolore postoperatorio, ed il tipo di chirurgia (26). Sembra che una maggiore severità del dolore postoperatorio ed il consumo di analgesici siano associati ad un'aumentata incidenza di dolore da seno fantasma o altre tipologie di dolore neuropatico. Per quanto concerne il tipo di chirurgia, sebbene alcuni autori considerino gli interventi chirurgici invasivi a maggior rischio per l'insorgenza di PMPS, studi recenti dimostrano che il rischio è associato alla dissezione ascellare piuttosto che alla radicalità dell'intervento chirurgico (27). Un ulteriore fattore di rischio per l'insorgenza della sindrome è rappresentato dalla radioterapia adiuvante (25,26).

Eziopatogenesi

Sebbene il meccanismo di base sia ancora poco chiaro, si ipotizza che l'origine eziopatogenetica della PMPS possa essere multifattoriale, con un significativo contributo dovuto ad una lesione iatrogena del nervo intercostobrachiale e/o al coinvolgimento di tale nervo da parte del tessuto cicatriziale. Altri nervi comunemente colpiti sono i nervi pettorali, toracico lungo e toraco-dorsale. Race (28) sottolinea come il nervo intercostobrachiale abbia le stesse caratteristiche di un tipico nervo intercostale, composto da rami comunicanti, collaterali, e branche cutanee laterali. È un nervo sensitivo che attraversa i muscoli della parete toracica ed è responsabile principalmente della sensibilità della spalla e della porzione prossimale del braccio. Nel cavo ascellare, tale nervo è localizzato in stretta vicinanza ai linfonodi e, pertanto, può essere danneggiato durante linfadenectomia ascellare. Uno studio anatomico condotto da Loukas et al. (29) ha evidenziato come tale nervo possa ricevere diversi tipi di contributi dai nervi intercostali T1-T4. Questa variabilità anatomica giustifica le diverse componenti del dolore riferito dalle pazienti sottoposte a chirurgia mammaria. Altri fattori di rischio identificati che possono giocare un ruolo nello sviluppo della PMPS sono rappresentati dalla compressione dei nervi da parte di ematomi formati in regione ascellare, e dal danno nervoso e fibrosi tissutale che possono far seguito alla radioterapia adiuvante postoperatoria (30,31).

Quadro clinico

Il quadro clinico della PMPS può variare in base alla tipologia e dall'entità del danno nervoso. Il danno dei nervi pettorali laterale e mediale può determinare una paralisi dei muscoli pettorali, con conseguente atrofia della parete anteriore del torace e l'insorgenza di modifiche estetiche. La lesione del nervo

toracico lungo determina la paralisi del muscolo serrato anteriore; in questo caso, le pazienti riferiscono dolore a riposo alla spalla, e l'esame obiettivo mostra una "scapola alata". La lesione del nervo toraco-dorsale causa la paralisi del muscolo grande dorsale, con conseguente debolezza nei movimenti di adduzione e rotazione interna della spalla. Nel caso in cui venga danneggiato il nervo intercostobrachiale, le pazienti possono lamentare i sintomi più tipici della PMPS, quali dolore, allodinia, disestesie, parestesie, o anestesia dell'area interessata (20). Il dolore può iniziare tipicamente poche ore, settimane, o addirittura mesi dopo la procedura chirurgica, e può essere localizzato a livello della parete toracica anteriore, del cavo ascellare, o della regione mediale del braccio, omolateralmente alla sede dell'intervento. Le pazienti descrivono solitamente la sintomatologia dolorosa come una sensazione di bruciore, scossa elettrica, dolore lancinante, disestesia, o talora come una "frustata" che si trasmette dall'ascella al palmo della mano, talmente intensa da impedire anche i più fini movimenti del braccio. La sintomatologia algica può essere intermittente o continua, con periodi di peggioramento e miglioramento. Nelle donne sottoposte a chirurgia mammaria oncologica, l'insorgenza del dolore cronico può causare una notevole compromissione della qualità di vita, soprattutto quando la sintomatologia si irradia ad altre regioni corporee (32).

Fattori aggravanti ed attenuanti

Tra i fattori che possono esacerbare la sintomatologia dolorosa meritano attenzione i movimenti dell'arto superiore omolaterale e del cingolo scapolare, e l'elevazione o qualsiasi tipo di pressione sul braccio, che possono innescare il dolore durante l'esecuzione di gesti semplici, come il vestirsi (20,21). Tra i fattori attenuanti la sintomatologia hanno dimo-

strato una certa efficacia il riposo, il massaggio dell'area interessata, ed alcuni agenti farmacologici (33-35).

Strategie terapeutiche e nuove prospettive

Considerata la predominanza della componente neuropatica della sintomatologia algica, l'uso di farmaci di comprovata efficacia nel trattamento del dolore neuropatico può alleviare la sintomatologia dolorosa nelle pazienti affette da tale sindrome. È descritto in letteratura il miglioramento del dolore con l'uso di alcuni farmaci, come l'amitriptilina, la venlafaxina, e la capsaicina (33,35). Le evidenze scientifiche suggeriscono come una scelta oculata della tecnica anestesologica, possa migliorare l'outcome del paziente chirurgico (36). È ormai ampiamente riconosciuto il concetto di "preemptive analgesia", secondo il quale l'esecuzione di tecniche di anestesia ed analgesia loco-regionali prima dell'intervento chirurgico, è in grado di sopprimere la progressione dello stimolo nocicettivo a monte del midollo spinale, offrendo in tal modo un'arma formidabile per impedire la sensibilizzazione centrale algogena alla base dello sviluppo del dolore cronico (37). La recente introduzione dei nuovi blocchi ecoguidati della parete toracica, descritti da Raphael Blanco, potrebbe aprire nuovi orizzonti nella gestione del dolore postoperatorio in breast surgery (38-40). La letteratura suggerisce come il Pecs block ed il Serratus Plane block possano rappresentare un'alternativa efficace e sicura all'anestesia generale e alle tecniche regionali convenzionali nell'analgesia postoperatoria in breast surgery, consentendo di ottenere un ottimo controllo del dolore post-chirurgico ed una riduzione del consumo di analgesici, favorendo una dimissione precoce del paziente. Alla luce dei risultati promettenti, sarebbe auspicabile in futuro valutare l'efficacia di tali tecniche nella prevenzione o riduzio-

ne dell'incidenza del dolore cronico post-mastectomia, al fine di migliorare la qualità di vita delle pazienti che soffrono.

Conclusioni

Il trattamento chirurgico del tumore della mammella è un'esperienza molto difficile da accettare per la donna, che lo vive come "una perdita", anche quando è conservativo e non comporta l'asportazione della mammella. Il seno è il simbolo della femminilità e, qualunque intervento ne modifichi l'aspetto, può incidere pesantemente sulla percezione che la donna ha di sé, con evidenti ricadute anche sul piano psicologico. L'insorgenza della PMPS può determinare difficoltà lavorative, riduzione delle attività fisiche, alterazioni del ritmo sonno-veglia e del tono dell'umore, con importanti ripercussioni sulla qualità della vita. Considerata l'elevata incidenza della sindrome ed il ristretto numero di studi sull'argomento, è essenziale adottare nella pratica clinica adeguate misure di prevenzione: 1) adozione di tecniche di anestesia ed analgesia in grado di

attenuare l'insorgenza del dolore postoperatorio; 2) esecuzione di interventi chirurgici ed accessi al cavo ascellare meno invasivi al fine di ridurre il danno nervoso iatrogeno; 3) rigoroso follow-up postoperatorio da parte di un team multidisciplinare. Tale approccio consente l'identificazione dei fattori di rischio, favorendo una diagnosi precoce ed un trattamento adeguato della PMPS (41). Un trattamento tempestivo è importante per evitare che si instaurino i processi di sensibilizzazione centrale, responsabili dell'alterazione dei meccanismi percettivi e dell'insorgenza delle limitazioni funzionali legate al dolore cronico. L'approccio al malato non deve essere finalizzato alla sola patologia ma, viceversa, deve essere olistico, finalizzato a curare la persona nel suo insieme, nella consapevolezza che l'esperienza dolorosa non rappresenta l'unico problema del paziente. L'aspetto principale della terapia antalgica è quello di saper ascoltare e condividere la sofferenza del malato, al fine di dare una risposta reale ai suoi bisogni e migliorare la sua qualità di vita (14).

SEI SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE?

**HAI DIRITTO
ALL'ABBONAMENTO ONLINE GRATUITO
all'European Journal of Pain**

www.efic.org



Bibliografia

1. Office of National Statistics. Breast Cancer: Incidence, mortality and survival, 2010. <http://www.ons.gov.uk>
2. Cancer Research UK. Breast Cancer incidence statistics, 2010. <http://www.cancerresearchuk.org>
3. Taylor RS, Ullrich K, Regan S, et al. The PAIN-OUT investigators. The Impact of Early Post Operative Pain on Health-Related Quality of Life. *Pain Pract.* 2013; 13: 515-23
4. Sinatra R. Causes and consequences of inadequate management of acute pain. *Pain Med* 2010; 11: 1859-1871.
5. Coley KC, Williams BA, DaPos SV, et al. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *J Clin Anesth* 2002; 14: 349-353.
6. Andersen KG et al. Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. *Journal of Pain* 2011; 12: 725-46
7. Gärtner R, Jensen M-B, Nielsen J, et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery *JAMA* 2009; 302: 1985-1992
8. Smith WCS, Bourne D, Squair J, Phillips DO, Chambers WA. A retrospective cohort study of post-mastectomy pain syndrome. *Pain* 1999; 83: 91-95
9. Macdonald L, Bruce J, Scott NW et al. Long term follow-up of breast cancer survivors with post-mastectomy pain syndrome. *B J Cancer* 2005; 92: 225-230
10. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003; 97: 534-540
11. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle, WA: IASP Press, 1994
12. Marinangeli F et al. *Il dolore cronico*. Roma: Fondazione Paolo Procacci Onlus, 2013
13. Besson JM, Chaouch A. Peripheral and spinal mechanism of nociception. *Physiol Rev* 1987; 67: 67-186.
14. Lynch ME, KD. Craig, Peng PWH. *Clinical Pain Management-A practical guide*. Blackwell Publishing Ltd, 2011.
15. Ries LAG, Wingo PA, Miller DS et al. - The annual report to the nation on the states of cancer, 1973-1997. *Cancer* 2000; 88: 2398-2424.
16. I numeri del cancro in Italia 2014. AIOM-AIRTUM. www.aiom.it
17. Dionigi R. *Chirurgia. Basi teoriche e Chirurgia generale*. IV Edizione. Milano: Elsevier- Masson, 2006
18. Labrèze L, Dixmèrias-Iskandar F, Monnin D et al. Postmastectomy pain syndrome evidence based guidelines and decision trees. *Bull Cancer* 2007; 94: 275-285
19. Testut L, Latarjet A. *Trattato di Anatomia umana*. V Edizione. Milano: Utet
20. Wood KM. Intercostobrachial nerve entrapment syndrome. *South Med J* 1978; 71: 662-663
21. Jung BF, Ahrendt GM, Oaklander AL et al. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain* 2003; 104: 1-13
22. Paredes JP, Puentes JL, Potel J. Variations in sensitivity after sectioning the intercostobrachial nerve. *Am J Surg* 1990; 160: 525-528
23. Tasmuth T, von Smitten K, Kalso E. Pain and other symptoms during the first year after radical and conservative surgery for breast cancer. *Br J Cancer* 1996; 74: 2024-2031.
24. Miguel R, Kuhn AM, Shons AR et al. The effect of sentinel node selective axillary lymphadenectomy on the incidence of postmastectomy pain syndrome. *Cancer Control* 2001; 8: 427-430
25. Katz J, Poleshuck EL, Andrus CH et al. Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain* 2005; 119: 16-25
26. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006; 367: 1618-1625
27. Mansel RE, Fallowfield L, Kissin M et al. Randomized multicenter trial of sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cancer: the ALMANAC Trial. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 568-569
28. Race CM, Saldana MJ - Anatomic course of the medial cutaneous nerves of the arm. *J Hand Surg (Am)* 1991;16:48-52.
29. Loukas M, Louis RG, Wartmann CT-T2 contributions to the brachial plexus. *Neurosurgery* 2007;60(2suppl1):ONS3-18.
30. Blunt C, Schmiedel A - Some cases of severe post-mastectomy pain syndrome may be caused by an axillary haematoma. *Pain* 2004; 108: 294-296.
31. Amichetti M, Caffo O - Pain after quadrantectomy and radiotherapy for early-stage breast cancer: incidence, characteristics and influence on quality of life. *Oncology* 2003; 65: 23-28.
32. Burckhardt CS, Jones KD. effects of chronic widespread pain on the health status and quality of life of women after breast cancer surgery. *Health Qual Life outcomes* 2005; 3: 30
33. Kalso E, Tasmuth T, Neuvonen P. Amitriptyline effectively relieves neuropathic pain following treatment of breast cancer. *Pain* 1995; 64: 293-302.
34. Tasmuth T, Hartel B, Kalso E - Venlafaxine in neuropathic pain following treatment of breast cancer. *Eur J Pain* 2002; 6: 17-24
35. Watson CP, Evans RJ - The postmastectomy pain syndrome and topical capsaicin: a randomized trial. *Pain* 1992; 51: 375-379
36. Hanna MN, Murphy JD, Kumar K, Wu CL. Regional techniques and outcome: what is the evidence? *Curr Opin Anaesthesiol* 2009; 22: 672-677
37. M. H. Andreae, D. A. Andreae. Regional anaesthesia to prevent chronic pain after surgery: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth* 2013; 111 (5): 711-20
38. Blanco R. The 'pecs block': a novel technique for providing analgesia after breast surgery. *Anaesthesia*. 2011; 66: 847-8
39. Blanco R, et al. Ultrasound description of Pecs II (modified Pecs I): a novel approach to breast surgery. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2012; 59(9): 470-5
40. Blanco R, et al. Serratus plane block: a novel ultrasound-guided thoracic wall nerve block. *Anaesthesia*. 2013;68 (11): 1107-13
41. Couceiro TCDM, De Menezes TC, and Valenca MM. Post-mastectomy pain syndrome. The magnitude of the problem. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 2009; 59: 358-365.

Fisioterapia e dolore

Paolo Galimberti, Fisioterapista, Lentate sul Seveso (MB)

Il dolore muscolo-scheletrico è uno dei principali motivi di consulto dei pazienti. Le stime per la prevalenza del dolore muscolo scheletrico nella popolazione generale variano da Stato a Stato, con un'ulteriore differenziazione tra prevalenza di dolore cronico muscolo-scheletrico e acuto.

Si stima che il dolore muscolo-scheletrico da overuse colpisca il 33% della popolazione adulta italiana; l'OMS stima che il 25% degli adulti sopra i 25 anni soffra di dolore collegabile all'osteoartrosi. Il fisioterapista è uno dei professionisti sanitari a cui i pazienti si rivolgono prevalentemente per la cura e gestione del dolore di tipo muscolo-scheletrico.

Classicamente, nell'affrontare il dolore si orienta il trattamento verso quella che Robinson e Apkarian chiamano "disfunzione finale d'organo", ossia verso tutte le anomalie disfunzionali o strutturali del sistema muscolo-scheletrico. Il trattamento consiste dunque, principalmente, nel "normalizzare" la patologia periferica o meccanica.

Attualmente le neuroscienze, grazie anche alle tecniche di neuroimaging e di neurofisiologia, stanno sempre di più mostrando le modificazioni che avvengono nel cervello, soprattutto in presenza di dolore cronico. Basti citare la riduzione di materia grigia nella corteccia prefrontale dorsolaterale, nella corteccia somatosensoriale e nel tronco encefalico delle persone con dolore lombare cronico. Sono molto rilevanti per la comprensione del dolore, le modificazioni cerebrali dell'area S1 che si producono nel dolore da arto fantasma o nella sindrome regionale complessa (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS).

Accanto al trattamento manuale, sembra dunque coerente orientare l'obiettivo verso il cervello: ridurre attraverso specifiche attività le aree motorie coinvolte nel dolore.

Alcune risposte a questo proposito giungono dalla Graded Motor Imagery (GMI).

Questa nasce da studi condotti dal neuroscienziato V. Ramachandran sul dolore da arto fanta-

sma e da lavori sviluppati dal Neuro-Orthopaedic Institute Australasia.

La GMI ha come obiettivo quello di allenare gradualmente la corteccia motoria, senza scatenare le risposte protettive al dolore.

Questa si compone sostanzialmente di tre fasi: un primo passo in cui sono mostrate delle foto che riproducono la parte affetta dal dolore e in cui bisogna riconoscere destra o sinistra. Questa fase attiva la corteccia premotoria senza che si accenda la corteccia motoria primaria.

Nella seconda parte bisogna immaginare dei movimenti della parte lesa. È stato dimostrato che il solo immaginare attiva la corteccia motoria in una maniera simile a quella effettuata durante il movimento reale.

Nel passo finale il paziente inserisce il proprio arto in una mirror box e guarda il movimento del suo arto sano, avendo l'illusione di muovere il suo arto malato, questa volta senza dolore. Durante questa fase si attiva la corteccia motoria e inoltre c'è un forte input visivo in cui il movimento si compie fluidamente, senza dolore e senza impedimenti. L'efficacia di questa terapia sembra essere alta quando si pone come obiettivo il dolore negli arti e in particolare il dolore in cui il sistema nervoso è direttamente coinvolto (si veda il dolore da arto fantasma e la CRPS, con importante ruolo del sistema nervoso autonomo). Potenzialmente il trattamento potrebbe anche essere esteso a dolori di altra natura (osteoartrosi) e anche a dolori in altri distretti corporei, come appunto nel dolore lombare, poiché anche in queste patologie si riconosce un ruolo del mantenimento del dolore, nel processo di sensibilizzazione centrale.

Lunga è ancora la strada verso la piena comprensione del ruolo del cervello nel dolore e nuovi studi sono necessari per avere sempre più conferma dei risultati fino ad ora ottenuti, tuttavia già numerose sono le evidenze scientifiche legate a questo approccio. ◀

notizie dall'europa



Gruppo di lavoro EFIC® per l'uso appropriato degli oppiacei

Nella storica sede di Chandos House della Royal Society of Medicine, si è tenuta il 23 giugno la seconda riunione dell'EFIC® Working Group for Guidelines on Appropriate Opioid Use.

La prima riunione si era tenuta il 9 dicembre 2014 ad Amsterdam. All'incontro di Londra erano presenti tra i maggiori esperti europei sul tema: Tony O'Brian (Chairman), Chris Wells Bart Morlion, Asbjorn Mohr Drewes, Lona Loring Christup, Juan Perez-Cajaraville, Gerd Mikus, Hans Kress, Neil Morrison e Giustino Varrassi.

Fatti e fantasie sugli oppiacei

Nel corso della riunione sono stati discussi i documenti elaborati dopo la prima riunione e sono stati definiti i punti chiave che il documento finale dovrà mettere in luce. La prima parte del documento dovrà evidenziare le differenze chiare esistenti fra i fatti e le fantasie sugli oppiacei. In particolare si è discusso su alcuni concetti, oramai superati, che riguardano soprattutto il trattamento del dolore da cancro.

Buone conoscenze di farmacologia e controlli costanti

Fondamentale per la buona utilizzazione degli oppiacei nella terapia del dolore una loro profonda conoscenza, sia di farmacologia che di farmacologia clinica, diagnosi competenti di dolore e costanti controlli, sempre necessari quando si somministrano gli oppiacei, soprattutto per prevenire abuso, misuso e incrementi incontrollati di dosaggi, spesso causa di maggiori effetti collaterali più che di miglioramenti terapeutici. Si è parlato inoltre di quali potrebbero essere le modalità predittive per eventuali rischi di dipendenza da oppiacei, in pazienti in terapia per il dolore.

Verso una flow-chart operativa

E' stata elaborata una flow-chart che riassume in modo quasi completo le procedure che dovrebbero essere seguite nella decisione di prescrivere oppiacei in un paziente con dolore cronico non da cancro. Ancora una volta viene stressato il concetto del monitoraggio continuo e attento della terapia, una volta iniziata.

Efficacia e sicurezza dei diversi oppiacei ed effetti collaterali

Gli approfondimenti successivi hanno riguardato la farmacologia clinica degli oppiacei, mettendo bene in luce quali siano le risultanze vere della letteratura e quali siano gli aspetti per i quali esistono abbastanza dati da poter sostenere la validità scientifica di alcuni concetti. In particolare sono state discusse le differenze vere esistenti fra vari oppiacei, sotto il profilo di efficacia e sicurezza. Subito dopo la discussione è stata incentrata sugli effetti collaterali degli oppiacei e sul loro trattamento. L'emesi e gli altri effetti sul tratto gastro-intestinale hanno quasi monopolizzato l'attenzione.

Alcuni aspetti peculiari, quali il trattamento con oppiacei in pazienti con insufficienza renale ed epatica, il trattamento con oppiacei per lunghissimi periodi e le raccomandazioni da fare a chi, pur essendo in terapia con oppiacei, è costretto a guidare, sono stati approfonditi nella parte finale della discussione.

La bozza finale del documento, che sarà redatta da Tony O'Brian e @Morrison, sarà distribuita alla fine dell'estate, per consentire a tutti eventuali emendamenti da discutere durante il congresso EFIC® a Vienna. ◀



Andrea Truini tra i vincitori dei premi EFIC®-Grünenthal

Annunciamo con piacere che il progetto *Breaking dogmas: a neurophysiological and neuroimaging study showing that non-nociceptive A β -fibres mediate paroxysmal pain in healthy humans*, presentato dal dottor Andrea Truini, è tra i progetti selezionati per ricevere il premio di ricerca EFIC®-Grünenthal.

Il dottor Truini è docente ricercatore presso l'Università Sapienza di Roma, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria ed è stato coordinatore nazionale del gruppo di studio sul dolore neuropatico della Società Italiana di Neurologia. E' membro del Consiglio Direttivo AISD per il biennio 2014-2016.

I sette vincitori saranno presentati nel corso della cerimonia inaugurale del Congresso Pain in Europe IX organizzato dalla European Pain Federation (EFIC®) a Vienna dal 2 al 5 settembre 2015.

Il Comitato per la ricerca scientifica ha valutato circa 100 progetti pervenuti e oltre a quello di Andrea TRUINI ha selezionato questi altri:

Jamila ANDOH, Germania

Circuits of pain memory in chronic pain patients.

Christopher BROWN, Regno Unito

Markers of cortical reorganization in Complex Regional Pain Syndrome (CRPS)

Franziska DENK, Regno Unito

Epigenetics & pain - uncovering the mechanisms.

Katarina FORKMANN, Germania

The attentional effects of peripheral and trigeminal pain in healthy subjects and patients with post herpetic neuralgia.

Flavia MANCINI, Regno Unito

Defining mechanisms of adaptive plasticity in the coding of nociceptive intensity and location

Diana TORTA, Belgio

Cortical and peripheral beta oscillations in pain.

Dal 2004 la European Pain Federation EFIC® ha avviato questo premio in collaborazione con la società farmaceutica Grünenthal GmbH, per sostenere le idee di ricerca sul dolore in progetti concreti di lavoro. Il Comitato scientifico si impegna a selezionare quelle idee che possono aiutare a far progredire la comprensione dei meccanismi del dolore e il suo trattamento.

L'importo totale messo a disposizione da Grünenthal è di 200.000 €, ogni singolo progetto può essere valutato fino a un massimo di 40.000 € per progetto, per una durata massima di due anni.

I premi sono decisi dal Comitato per la ricerca scientifica EFIC® - indipendentemente da Grünenthal. ◀

notizie dall'europa

Incontro del Gruppo di interesse del Parlamento europeo su cervello, mente e dolore



Da sinistra:

Giustino Varrassi, Jenny Barnett Audrey Craven (EFNA), Damian Gramichi (MEP), Marian Harkin (MEP) e Jeroen Lenaers (MEP)

Prevenire i disturbi neurologici e il dolore cronico è stato il tema della riunione del Gruppo di Interesse del Parlamento europeo su cervello, mente e dolore. Il prof. Varrassi, presidente della Fondazione Procacci e della European League against Pain (EULAP), ha partecipato il 24 giugno alla riunione con un intervento sul tema "Prevenire il dolore cronico muscoloscheletrico: perché e come possiamo prevenirlo?"

L'iniziativa "MEP Interest Group on Brain, Mind and Pain" è promossa da EFNA, European Federation of Neurological Associations, e da Pain Alliance Europe (PAE).

L'evento è stato ospitato dall'eurodeputato rumeno Damian Draghici. Il programma ha visto varie presentazioni sull'importanza della promozione della salute e la sensibilizzazione su fattori di rischio come obesità, cattiva alimentazione, fumo, stili di vita sedentari, ecc. Si è discusso anche su come la legislazione europea può essere migliorata e applicata per aiutare a prevenire questi disturbi.

Per saperne di più: www.brainmindpain.eu ◀



L'intervento del presidente Pain Europe Alliance (PAE)
Joop van Griesven

European League Against Pain (EuLAP®)

Who we are and what we do

The European League Against Pain (EULAP®) is an international, multi-stakeholder platform in the field of pain advocacy. Members of EULAP® are organizations whose focus is improving pain management, like European and National organizations representing patients, European and National scientific societies, health care professional organizations, Member of the European Parliament and other organizations with an interest in the field of pain management and advocacy.

EULAP® fosters excellence in education and research in the field of pain medicine. It promotes the translation of research advances into daily care. EULAP® fights for the recognition of the needs of people with pain diseases by the governing bodies in Europe and it's the natural partner of European policy makers, when policies and regulatory frameworks are developed.



European League Against Pain (EuLAP®)

A platform for Pain Patients' Organizations, Professional Associations, Scientific Societies, Companies and Members of the European Parliament interested in Pain Medicine and Pain Patients.

Mission

- To support the cause and interest of pain patients and to represent the interests of the pain disease community as a partner of European policy makers.
- To improve prevention, treatment, and rehabilitation of pain patients, and to reduce the burden of pain disease on the individual and the society.
- To bring together scientific societies, scientists, clinicians, patients associations, politicians, health professionals of various disciplines and stakeholders with an interest in pain research and management, and promote an environment for crossed multi-disciplinary patient-centered pain management.
- To exchange information and to share best practices across all member states of the European Union.
- To develop and foster European-wide policy strategies & activities for an improved pain care in Europe (Pain Policy).
- To stimulate the societal discussion on pain-related conditions between health care professionals, pain advocacy groups, politicians, payers including insurances, representatives of health authorities, regulators and budget holders.
- To promote research in the field of pain.
- To foster and improve excellence in education of health professionals, with traditional and online educational courses and workshops, giving the participants the opportunity to meet and exchange experiences and ideas.
- To foster the publication of updated guidelines, best practices, books and journals.

The tagline of this organization will be: close ranks against pain!



www.eulap.org

notizie dai congressi

Convegno IMPACT proactive 2015

L'annuale incontro IMPACT proactive (Firenze, 26-27 giugno 2015) fa il punto su terapia del dolore e cure palliative a cinque anni dall'approvazione della Legge 38. Il percorso per eliminare le barriere culturali e le disuguaglianze sull'intero territorio nazionale e garantire questo diritto a tutti i cittadini e ai pazienti sembra sia ancora lungo. Il prof. Gensini, presidente del comitato scientifico di IMPACT, lancia un messaggio preciso: la gestione appropriata del dolore non può più essere legata solo all'applicazione della Legge 38/2010, che comunque è stata fondamentale e determinante, ma deve diventare solo un impegno deontologico professionale e personale, con relativa reale "presa in carico" di responsabilità da parte di tutti gli operatori sanitari. Ad oggi solo il 60% della popolazione, concentrata soprattutto in cinque Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Piemonte e Veneto) riceve un'assistenza appropriata, mentre, seppur le altre Regioni si stanno pian piano allineando, è impossibile parlare sull'intero territorio nazionale di uguaglianza dei diritti rispettati. Ecco perché tramite IMPACT proactive "in action" 2015, si vuole portare all'attenzione di tutti gli operatori sanitari gli strumenti di cui dispongono (attualità in ricerca scientifica, progetti formativi innovativi e proposte di comunicazione al "grande pubblico") per parlare di terapia del dolore e cure palliative. Ci sarà l'opportunità di conoscere i risultati di una campagna comunicazionale e d'indagine in collaborazione con Federconsumatori e ANT, e di confrontarsi con Cittadinanzattiva e Altroconsumo su come proseguire in questa strategia d'informazione, di sensibilizzazione e d'indagine dei cittadini. ◀



La tavola rotonda "La terapia del dolore: fra alert, falsi miti e reali evidenze", moderata dal giornalista Tiberio Timperi. Gli interventi del prof. Fornasari, del dottor Mammucari, del Prof. Cruccu, del pro. Marchetti.



Pain Nursing Magazine
Italian Online Journal

Pain Nursing Magazine-Italian Online Journal is a publication for nurses completely dedicated to pain patients and to those taking care of them - nurses as well as physicians - through the perspective of answering to a health question, but answering more and more urgent cultural, social and economic needs.

It's led by a Scientific Committee of international fame and by an Editorial Board of certain and recognized academic and cultural value. With such collaborations among the nurse and medical professionals, the magazine would aim to achieve the ambitious project of occupying an intellectual and scientific space of absolute importance and to be a tool, wishing to offer a tool of updating and communication for those who suffer from

The magazine is quarterly published by the Paolo Procacci Foundation with the scientific cooperation of the Italian Association for the Study of Pain and of the Association for the Study of Pain of the Republic of San Marino.

The magazine is freely accessible after login.

Pain Nursing Magazine

Italian Online Journal



IL NUOVO NUMERO è ONLINE



EDITOR IN CHIEF
STEFANO COACCIOLI

Scientific Committee

Eli Alon
Caterina Aurilio
Alessandro Bertirotti
Elisabetta Cortis
Giorgia Della Rocca
Serdar Erdine
Antonio Gatti +
Magdi Hanna
Raffaele Madaio
Franco Marinangeli
Rossella Marzi
Narinder Rawal
Alessandro F. Sabato
Annalisa Silvestro
Andrea M. Trescot
Giustino Varrassi
Kris Vissers
Shelagh Wright
Stefano Maria Zuccaro

Editorial Board

Nursing Team

Daniela Cobiانchi
Elisabetta Ercolani
Manuela Galleazzi
Roberto Latina
Nicoletta Lombardi
Manuela Rebellato
Daniela Resta
Barbara Rosso
Marina Torresan
Marina Vanzetta

Medical Team

Chiara Angeletti
Daniele Battelli
Cristiana Guetti
Fabrizio La Mura
Ugo Pàstina
Alba Piroli
Mauro Ragosta
Riccardo Rinaldi

www.painnursing.it

notizie dai congressi

Congresso Nazionale di Federdolore-Clinici del Dolore Roma

Il graditissimo invito a partecipare a questo congresso ancora una volta mi ha dato la possibilità di confrontarmi con gli innumerevoli amici che da almeno 30-35 anni combattono con noi una comune battaglia a favore dei malati con dolore.

La lettura di apertura, tenuta in modo assolutamente magistrale dal Prof. Guido Fanelli, ha focalizzato in modo ineccepibile la tematica scottante del potenziale abuso di oppiacei, fra i pazienti in terapia con tali farmaci per problematiche di dolore. In particolare ha messo in luce l'enorme differenza esistente fra i dati che la letteratura americana ci riporta e ciò che succede nella realtà quotidiana dell'Europa. Ha inoltre evidenziato con dati inoppugnabili, come l'Italia sia ancora a un livello molto basso nell'uso di oppiacei per motivi terapeutici, rispetto soprattutto ai paesi anglosassoni, in particolare Stati Uniti e Canada. In questi Paesi, infatti, il consumo di oppiacei, ha spiegato il Prof. Fanelli, è di 30-35 volte superiore a quello che si registra in Italia. Ha poi concentrato il suo esame sulla ridondanza di linee guida promosse da innumerevoli società scientifiche o associazioni professionali. Ha dimostrato come spesso queste sono contraddittorie e di scarsa utilità per il clinico.

La cerimonia inaugurale, guidata dai Dott. Francesco Amato (Presidente in carica), Sergio Mameli (presidente incoming) e William Raffaelli (Presidente ISAL), ha potuto contare sulla presenza del Prof. Alessandro Bianchi, Rettore dell'Università telematica "Pegaso", che ha presentato questa giovane realtà formativa. Subito dopo, nel corso della sessione scientifica moderata dal sottoscritto e dalla Dott. Antonella Benvenuto, è intervenuta la Senatrice Fabiola

Anitori, componente della Commissione Sanità del Senato. La Senatrice, oltre a leggerci il graditissimo saluto della Ministra Lorenzin, ci ha reso



Il prof. Guido Fanelli



Da sinistra a destra: I Dott. Raffaelli, Amato e Mameli, al tavolo della presidenza durante la cerimonia inaugurale



Il dottor Mameli e il Senatore Vargiu



La senatrice Fabiola Anitori



L'intervento del Senatore Vargiu, presidente della Commissione Salute del Senato



Il prof. Molina illustra i segreti meandri della neuroinfiammazione

compartecipi di una sua esperienza personale che l'ha messa in contatto con il dolore cronico. Ne ha fatto una presentazione sentita e molto toccante, che ha raccolto il plauso e i ringraziamenti di tutti. Alla fine del suo intervento, a dimostrazione del profondo interesse personale sull'argomento, ha voluto continuare ad ascoltare gli ulteriori interventi, prendendo appunti su quanto si discuteva.

È intervenuto anche il Senatore Pierpaolo Vargiu. Presidente della Commissione Salute del Senato, medico nella vita di tutti i giorni. Il senatore Vargiu ha sapientemente illustrato la situazione del Servizio Sanitario Nazionale e di ciò che si è fatto, a favore dei pazienti affetti da dolore. In particolare ha focalizzato l'attenzione sulle inaccettabili disparità esistenti fra le varie regioni italiane, disparità derivanti anche dalle differenze reddituali esistenti, aspetto che ha chiari riflessi anche sulle potenzialità assistenziali dei Sistemi Sanitari Regionali.

La sessione scientifica è continuata, facendo luce su alcuni aspetti chiave, soprattutto collegati con la dipendenza. La Dott. Silvana Montella ha ulteriormente precisato quanto già illustrato dal Prof. Fanelli nella sua lettura. Di particolare pregio è risultata la relazione del Dott. Fabio Lugoboni che ha discusso in modo magistrale sia l'epidemiologia da abuso che le potenzialità di disintossicazione e disassuefazione. Nel dettaglio ha descritto le potenziali conseguenze e le necessità assistenziali di malati che, affetti da dolore cronico, abbiano alle spalle una storia di tossicodipendenza. Il Prof. Enzo Molina ha con grande chiarezza guidato gli ascoltatori fra i complessi meandri che rappresentano la base fisico-patologica della neuroinfiammazione e su quali possano essere le basi comuni di molte delle patologie neurodegenerative, incluso il dolore cronico. Da ultimo, il Dott. Paolo Poli ha fatto luce sulle potenzialità terapeutiche dei cannabinoidi, anche facendo riferimento alla sua grande esperienza personale, dato che la

Regione Toscana ha da molto tempo legiferato sulla possibilità di assicurare gratuitamente ai propri cittadini la prescrizione di questi farmaci, laddove necessari.

In una successiva sessione scientifica, il Dott. Raffaelli ha illustrato cosa si sta facendo, a livello normativo, per la riclassificazione delle prestazioni in medicina del dolore e la conseguente determinazione di chiari, dirimenti e soddisfa-

centi DRG. Questo, pur essendo un punto chiave che giustifica, anche sotto il profilo economico, la indispensabilità e la sostenibilità dei centri di terapia del dolore nelle varie aziende sanitarie locali, pare ancora lungi dall'essere raggiunto e unanimemente accettato dagli organismi decisionali. ◀

Giustino Varrassi



www.aisd.it

Ci sono almeno 6 buoni motivi per diventare socio AISD Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

- ▶ Essere sempre informati sulle ultime ricerche nel campo della terapia del dolore
- ▶ Essere sempre informati su tutte le iniziative riguardanti la terapia del dolore, a livello nazionale ed internazionale
- ▶ Partecipare attivamente alle attività dell'associazione per il progresso della terapia del dolore
- ▶ Avere un sito di riferimento dove poter scambiare liberamente informazioni con altri soci
- ▶ Avere l'iscrizione al Congresso con quota agevolata
- ▶ Consultare gratuitamente online "l'European Journal of Pain"

Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

Per ulteriori informazioni scrivere a: segreteria.aisd@aimgroup.eu



Gruppi di studio di infermieristica del dolore

Da qualche mese è partita l'iniziativa della Fondazione Procacci per incoraggiare l'attività di ricerca sul dolore in ambito infermieristico, come tangibile riconoscimento a un ruolo assistenziale fondamentale e oltretutto in forte crescita professionale. Si sono già costituiti i gruppi sul dolore nell'anziano e sul dolore pediatrico e man mano che si definiranno dei progetti di ricerca prenderanno il via altri gruppi (dolore oncologico, lesioni, cure palliative, dolore procedurale ecc.). Sono stati pianificati anche vari incontri.

Il primo si è svolto a Bari, in occasione del 38° Congresso dell'Associazione per lo studio del dolore (28-30 maggio 2015). Oltre a una proficua discussione su come affinare il modello organizzativo (che consiste in una rete di 120 partecipanti con un gruppo di coordinatori che ha il compito di essere il punto di riferimento per raccogliere le proposte di progetto e farne una prima valutazione), sono state seguite con grande interesse la relazione di Lucia Mitello "Una giornata particolare" (dati preliminari di uno studio per conoscere la prevalenza del dolore acuto e cronico in pazienti ospedalizzati nell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni) e la sessione "Dare e voce e cura al dolore della persona non in grado di riferirlo, con le relazioni "Riconoscere e valutare il dolore, quali strumenti" – Maria Marina Torresan – e "Dolore e delirium spesso facce della medesima medaglia" – Manuela Rebellato. Sempre nell'ambito del Congresso è stato organizzato, grazie alla presenza del PICC Team dell'Ospedale di San Marino e del direttivo dell'Associazione Sammarinese per lo studio

del dolore, un corso teorico-pratico su impianto e gestione dei cateteri venosi. Il secondo incontro si è tenuto a Bologna, dove sono state presentate le modalità organizzative dei progetti di ricerca, si è discusso su come migliorare lo scambio tra partecipanti e sono stati annunciati alcuni dei prossimi progetti.

Gruppo di studio sul dolore nell'anziano

Dare e voce e cura al dolore della persona non in grado di riferirlo

Si tratta di un'indagine a livello nazionale sul dolore dei pazienti con deterioramento cognitivo, per sapere se viene riconosciuto e valutato dagli infermieri nei vari setting di cura.

Coordinamento del progetto:

Manuela Rebellato

(Responsabile Counselling Ospedale a Domicilio, Geriatria, UVA, Cure Intermedie – Post Acuzie, Azienda Ospedaliero-Universitaria "San Giovanni Battista", Torino)

Marina Torresan

(Azienda Sanitaria Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino, presidio Molinette, Struttura Complessa di Terapia del Dolore e Cure Palliative).

Link utile per compilare il questionario:

<https://goo.gl/hpWiJJ>

Si può accedere anche dalla pagina del sito della Fondazione Procacci dedicata ai gruppi di studio:

<http://www.fondazioneprocacci.org/chi-siamo/gruppi-distudio.html>



www.aisd.it

Ci sono almeno 6 buoni motivi per diventare socio AISD

Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

- ▶ Essere sempre informati sulle ultime ricerche nel campo della terapia del dolore
- ▶ Essere sempre informati su tutte le iniziative riguardanti la terapia del dolore, a livello nazionale ed internazionale
- ▶ Partecipare attivamente alle attività dell'associazione per il progresso della terapia del dolore
- ▶ Avere un sito di riferimento dove poter scambiare liberamente informazioni con altri soci
- ▶ Avere l'iscrizione al Congresso con quota agevolata
- ▶ Consultare gratuitamente online "l'European Journal of Pain"

Accedi alla modalità di iscrizione in 4 semplici mosse

1. Collegati al sito www.aisd.it/associarsi.php
2. Riempi il modulo di iscrizione online
3. La quota annuale di (50,00 euro per i medici e 25,00 euro per gli infermieri) può essere versata sul seguente conto bancario:

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA

IBAN: IT 44 J 08327 03239 0000 0000 2154

Intestato a: Associazione Italiana per lo studio del dolore (AISD)

indicando nella causale: quota iscrizione anno...

oppure puoi pagare con carta di credito tramite Paypal, con accesso dal sito www.aisd.it

4. Spedisci la ricevuta di pagamento tramite e-mail a: segreteria.aisd@aimgroup.eu oppure tramite fax al numero **0623325621**

Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

Per ulteriori informazioni scrivere a: segreteria.aisd@aimgroup.eu