

XLI CONGRESSO NAZIONALE

SNAMI 4S

Dolore acuto e dolore cronico
Inquadramento e trattamento

A. De Martino

DOMENICA 9 OTTOBRE 2022

10a SESSIONE Cure Palliative e Terapia del dolore

SEMPRE CARO TI SARA' IL MARE, UOMO LIBERO



XL 1-2-3 OTTOBRE 2021
 CONGRESSO NAZIONALE ROMA (FUMICINO HILTON ROMA AIRPORT)
 SNAMI 4S
 COVID-19
 La nuova era digitale e la riforma della Medicina del territorio
 PROGRAMMA SCIENTIFICO

Armando De Martino
La gestione del dolore cronico
 artrosi e malattie degenerative
 10a sessione: REUMATOLOGIA
 3 OTTOBRE 2021

IDENTIFICARE IL DOLORE PER CURARLO:
 SEGNI E SINTOMI DEL DOLORE
 NOCICETTIVO E NEUROPATICO
 ARMANDO DE MARTINO
 "IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE DEL XXI SECOLO
 FRA SEMEOTICA E TECNOLOGIA, CON ANZIANI E FRAGILI IN AUMENTO
 E MEDICI IN DRASTICA DIMINUZIONE"
 Sorrento 27 ottobre 2018

LA SANITA' 2.1
 MEDICINA RURALE E METROPOLITANA, DUE REALTA' PARALLELE:
 OPPORTUNITA' E CONFINI
 Come preservare un buon livello di servizio sanitario in entrambi i contesti
 7 ottobre 2017
Nuove terapie per il trattamento del dolore acuto moderato severo
 Armando De Martino
 Centro Congressi Riva Del Garda

CRESTARELLA E SPIAGGIA DI SANTA TERESA SALERNO, ITALIA
NON SERVE ANDARE MOLTO LONTANO
 tutti da Salerno
 un caro saluto
 Armando De Martino
IL PAZIENTE LOMBALGICO
 LE PATOLOGIE DEL RACHIDE
 OTTOBRE 24, 2020 | CONGRESSO NAZIONALE 4 SCIENZE SNAMI

L'ITALIA NON E' UN PAESE PER VECCHI
 La valutazione nella complessità della persona con dolore



...k, close by, or
 ...y.
 ...ey Lonsville.
 ...ed car park (GR
 ...ome of these "GP"
 ...hen ascend the
 ...you meet a sign
 ...ead, half right,
 ... (in quick
 ... and over
 ... do not cross;
 ...ridge. Ther
 ...outh

LA TERAPIA DEL DOLORE: STATO DELL'ARTE

Armando **De Martino**



DOLORE: CAPIRE PER CURARE

NO P.D.T.A.

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

ORTOPEDICO

MEDICINA N.C.

FISIATRA

NEUROCHIRURGO

NEUROLOGO



e allora **OGGI** la persona con dolore cronico dove va?

La terapia del dolore: Stato dell'arte

A. De Martino

criteri di accesso ai diversi "NODI" della rete:

1. Accesso all'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (MMG);
2. Accesso a visita specialistica di Terapia del Dolore presso struttura Spoke
3. Accesso a visita specialistica di Terapia del Dolore presso struttura Hub.



LA TERAPIA DEL DOLORE: STATO DELL'ARTE

A. De Martino

Compiti della gestione del dolore cronico da parte del MMG:



1. Giungere ad una **diagnosi iniziale del tipo di dolore** tramite esami diagnostici di primo livello (radiografia, esami ematochimici) e **richiedere consulenze specialistiche non di carattere algologico** nel caso si ravvedano quadri il cui dolore sia identificato non come malattia ma come sintomo di altra patologia primaria trattabile;

2. **Provvedere ad una prima linea di trattamento;**

3. Prescrivere accertamenti di laboratorio e radiologici di base, **rivalutando il paziente alla luce degli esiti ottenuti;**

4. Inviare, ai centri Spoke e HUB,
- **i pazienti con malattia dolore complessa,**
- **i pazienti che non hanno risposto in modo soddisfacente alla terapia,**
- **i pazienti che possono essere trattati con blocchi o interventi antalgici;**

5. Prescrivere eventuali terapie fisiche e complementari;

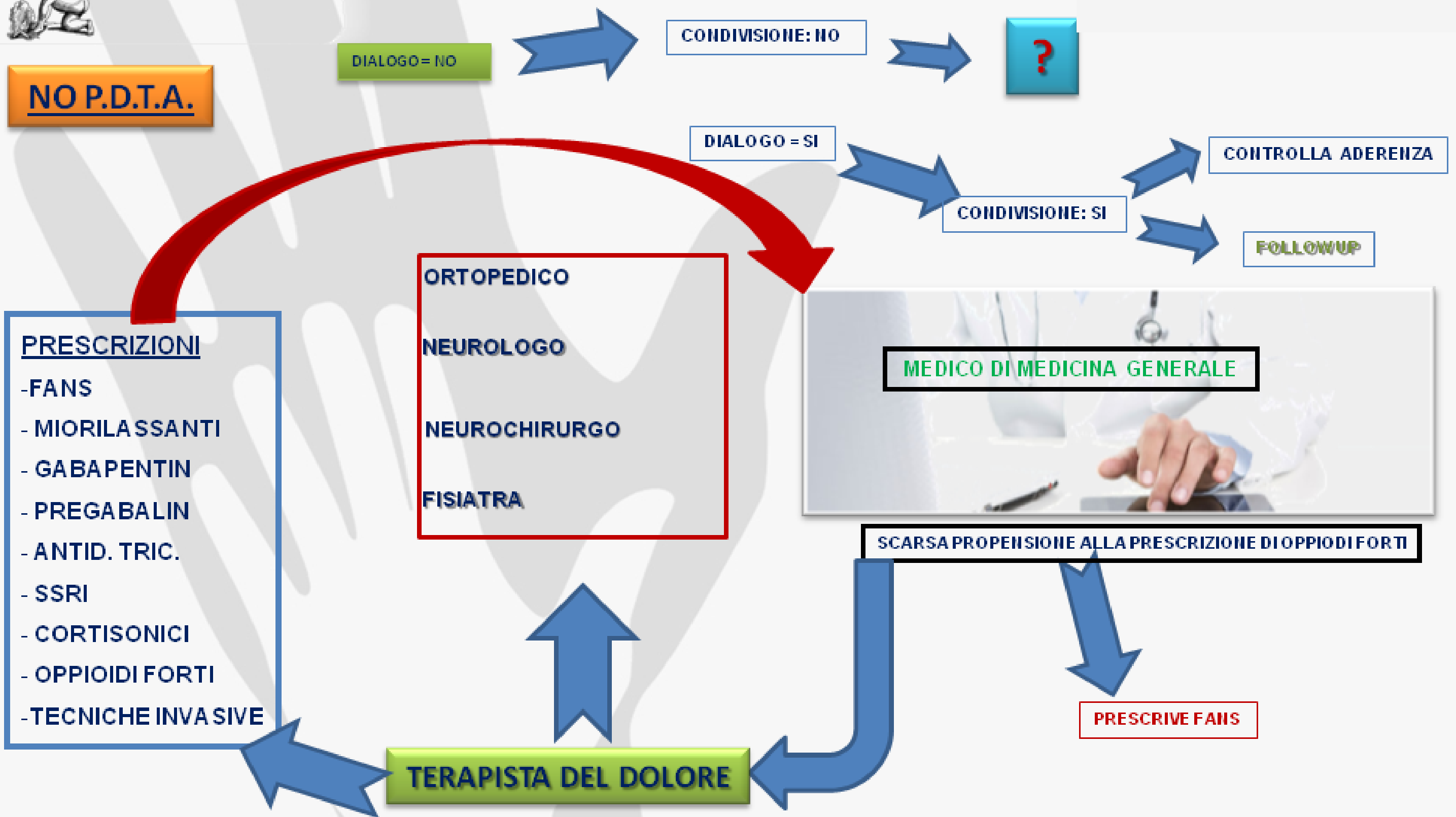
6. **Eseguire il follow up** dei suoi assistiti e di quelli da lui inviati ai centri HUB e Spoke, il cui dolore sia correttamente trattato.

LA TERAPIA DEL DOLORE: STATO DELL'ARTE



DOLORE: CAPIRE PER CURARE

Armando **De Martino**



DOMANI la persona con dolore cronico dove va?

SPECIE IN VIA DI ESTINZIONE

PANDA



MEDICO DI
BASE



AGJ

facebook.com/vignetteagj

Indagine sul dolore cronico in Europa:

- prevalenza
- impatto su vita quotidiana
- trattamento

15 paesi europei e Israele

età >18 anni con dolore cronico

19% di 46.394 intervistati disposti a partecipare
(tasso di rifiuto 46%)

- aveva sofferto di dolore >6 mesi,
- aveva sperimentato dolore nell'ultimo mese
- più volte durante l'ultima settimana.
- l'intensità del dolore era >5 su una valutazione numerica di 10 punti



Indagine sul dolore cronico in Europa: prevalenza, impatto su vita quotidiana e trattamento

Interviste approfondite con 4.839 intervistati con dolore cronico



- il 66% soffriva di dolore moderato (NRS = 5–7),
- il 34% soffriva di dolore intenso (NRS = 8–10)
- il 46% aveva dolore costante
- il 54% ha avuto dolore intermittente
- il 59% soffriva di dolore da 2 a 15 anni
- al 21% era stato diagnosticato una depressione a causa del dolore

Indagine sul dolore cronico in Europa: prevalenza, impatto su vita quotidiana e trattamento

Interviste approfondite con 4.839 intervistati con dolore cronico



- il 61% era meno in grado o impossibilitato a lavorare fuori casa,
- il 19% aveva perso il lavoro
- il 13% aveva cambiato lavoro a causa del loro dolore.
- Il 60% è stato visitato dal proprio medico per il dolore 2-9 volte negli ultimi sei mesi.
- Solo il 2% è stato attualmente trattato da uno specialista della gestione del dolore.

Indagine sul dolore cronico in Europa: prevalenza, impatto su vita quotidiana e trattamento

Interviste approfondite con 4.839 intervistati con dolore cronico



Considerazioni

- Il dolore cronico da moderato a severo l'intensità si verifica nel 19% degli europei adulti intervistati, compromettendo gravemente la qualità della loro vita sociale e lavorativa.
- Pochissimi sono stati gestiti da specialisti del dolore e quasi la metà ha ricevuto una gestione del dolore inadeguata.
- Sebbene siano state osservate differenze tra i 16 paesi, è stato documentato che il dolore cronico è un grave problema sanitario in Europa che deve essere preso nella dovuta considerazione

Cos'è il dolore?



Nel 1996 l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) ha definito il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole", associato a danno tissutale effettivo o potenziale, o descritto in termini di tale danno».

Cos'è il dolore?



Il dolore è

- una **sensazione**

(cosciente consapevolezza di uno stimolo doloroso)

- una **esperienza emozionale**

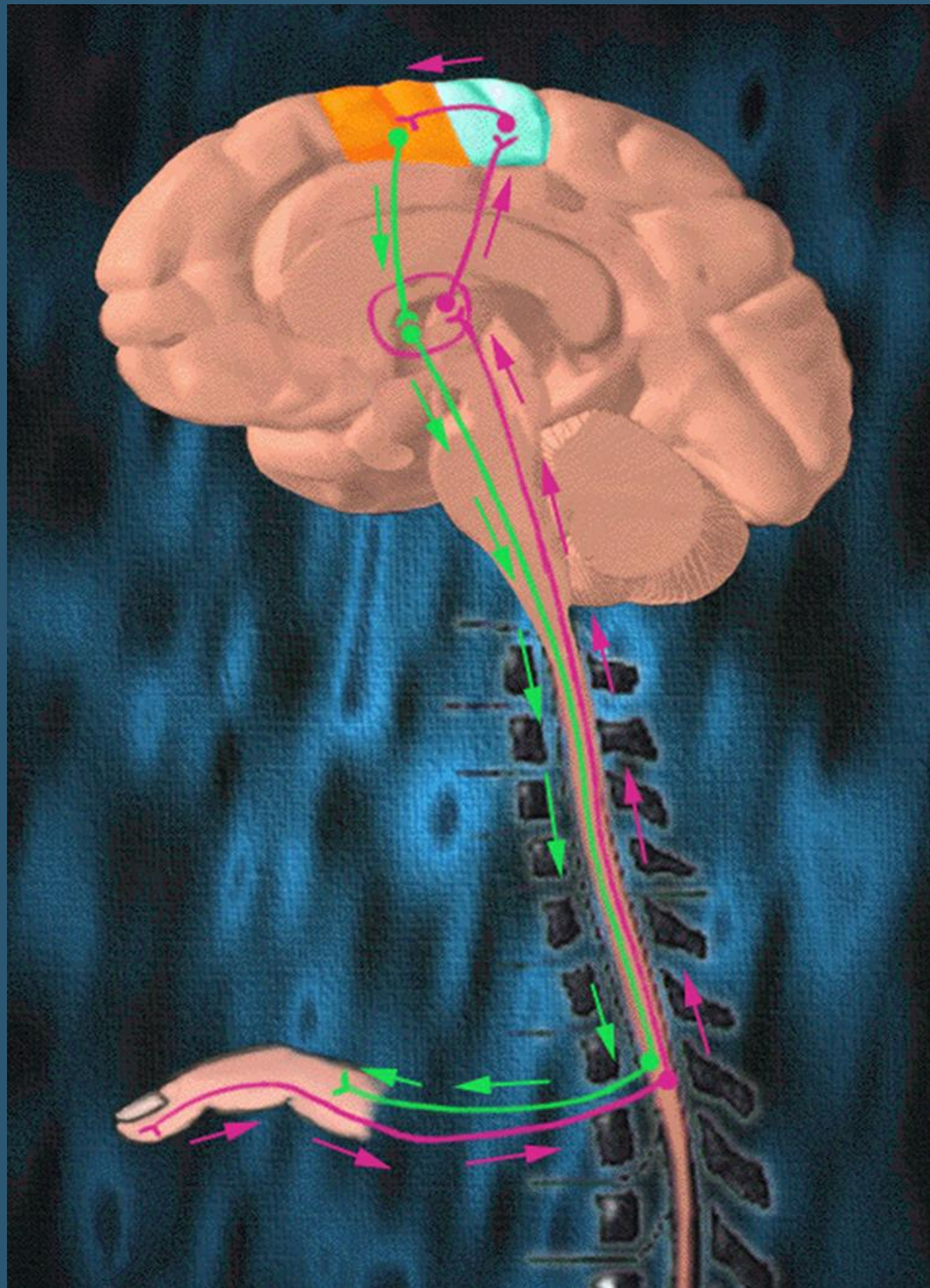
(intensa sensazione di sconforto che porta ad un comportamento reattivo)

Cos'è il dolore?

Nel 1996 l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) ha definito il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole", associato a danno tissutale effettivo o potenziale, o descritto in termini di tale danno».



- **Il dolore è sempre un'esperienza personale che è influenzata in varia misura da fattori biologici, psicologici, e fattori sociali**
- **Descrivere il dolore come un'"esperienza" separa dolore da "nocicezione".**
- **La nocicezione è il processo neurale implicato nella trasduzione e la trasmissione di uno stimolo nocivo al cervello attraverso una via del dolore.**
- **Il dolore è il risultato di una complessa interazione tra sistemi di segnalazione, modulazione da centri superiori e la percezione unica dell'individuo.**



Cos'è il dolore?

Nel 1996 l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) ha definito il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole", associato a danno tissutale effettivo o potenziale, o descritto in termini di tale danno».

Percezione Somatosensoriale

La "percezione" della intensità del dolore non è proporzionale al tipo ed alla estensione del danno tissutale, ma dipende dalle interazioni di impulsi nocicettivi e non-nocicettivi nelle vie ascendenti, in relazione alla attivazione di sistemi discendenti dolore-inibitori

Cos'è il dolore?

Nel 1996 l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) ha definito il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole", associato a danno tissutale effettivo o potenziale, o descritto in termini di tale danno».

- Sebbene il dolore di solito svolga un ruolo adattivo, può avere effetti negativi sulla funzione e sui rapporti sociali e sul benessere psicologico. Se una persona prova dolore a causa di una particolare attività, di solito smette di svolgere quell'attività, perché identificano il dolore come segnale di avvertimento che si sta verificando un danno.

Tuttavia, se il dolore continua, la persona può fare sempre meno.

Infatti la mancanza dell'attività diventa fisicamente e psicologicamente negativa per il paziente.

Il dolore continuo è angosciante per il paziente e la dissociazione tra dolore e danno tissutale è confuso.

La definizione IASP evita di legare il dolore allo stimolo.



Ciascun malato ha la propria soglia del dolore

Il miglioramento

- del sonno
- del tono dell'umore
- la distrazione
- l'empatia
- la presenza
- l'ascolto



possono elevare la soglia individuale del dolore.

Al contrario

- l'astenia
- l'insonnia
- l'ansia
- la paura,
- la tristezza,
- la depressione e l'isolamento



Comorbidità

I pazienti con dolore cronico hanno una **ridotta qualità di vita** a causa del dolore ma anche di comorbidità secondarie al dolore stesso:

- **ridotte capacità funzionali**
- **difficoltà di addormentamento e di mantenimento del sonno**
- **ansia e depressione**

La deprivazione di sonno induce **ansia e depressione**

Ma anche ansia e depressione a loro volta possono

- **sia far peggiorare il vissuto dolore,**
- **sia notoriamente perturbare il sonno**

Probabilmente si instaura un circolo vizioso peggiorativo di tutti i disturbi.

Innanzitutto una reazione a catena innescata dal dolore stesso

Il sonno è ostacolato da

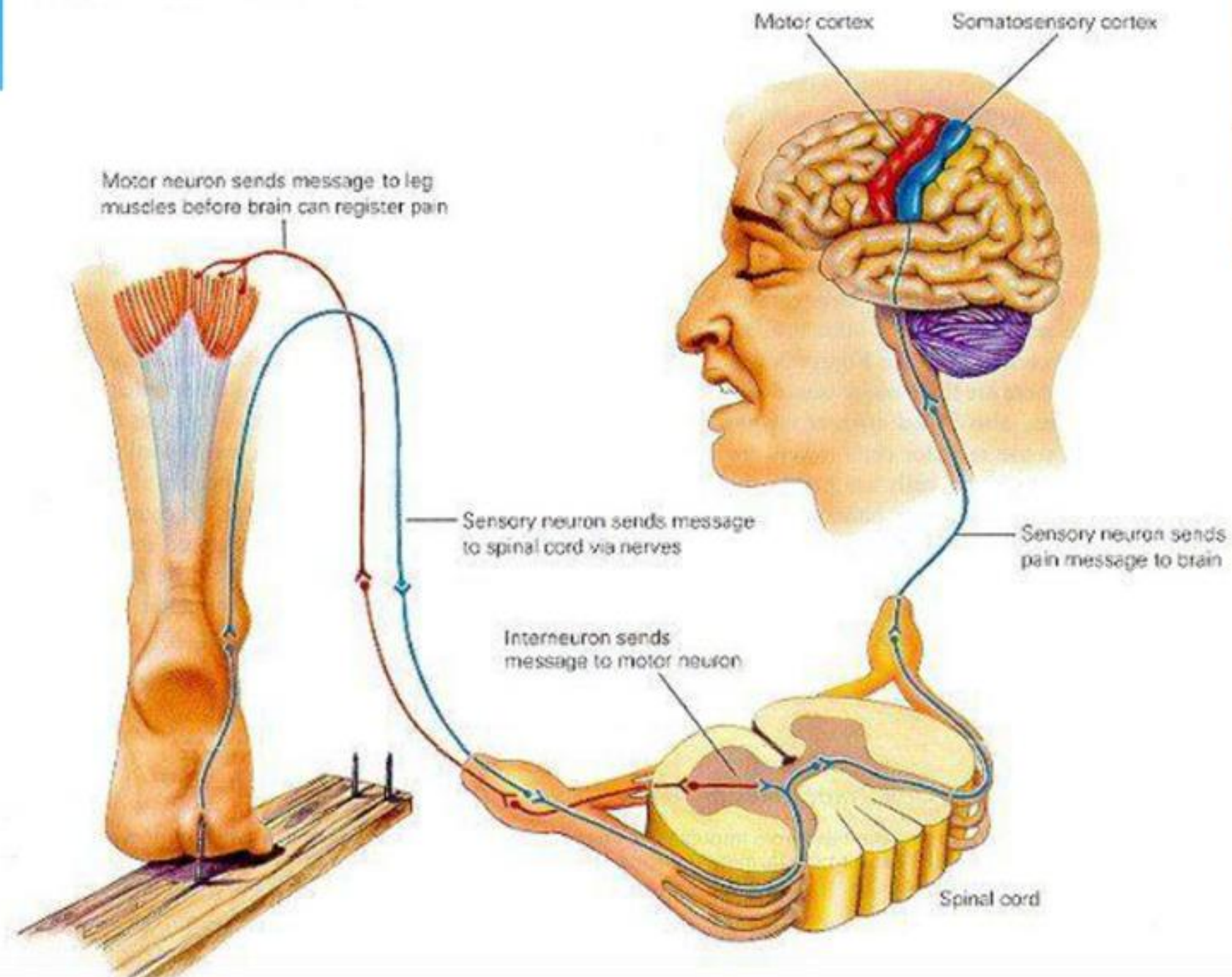
- **ridotta soglia al dolore**
- **allodinia meccanica e termica**
- **comparsa di dolori parossistici**
- **stato di mancato rilassamento muscolare**

Il dolore: sintomo o malattia?

Le vie del dolore

THE PAIN WITHDRAWAL REFLEX

The pain withdrawal reflex shown here involves only three neurons: a sensory neuron, a motor neuron, and an interneuron.



DOLORE ACUTO

Il dolore acuto è facilmente definibile per il suo carattere finalistico con caratteristiche positive dal punto di vista ontogenetico.

Rappresenta il sintomo che ci permette di evitare un pericolo o di riconoscere un danno alla nostra integrità fisica o una perturbazione della nostra omeostasi.

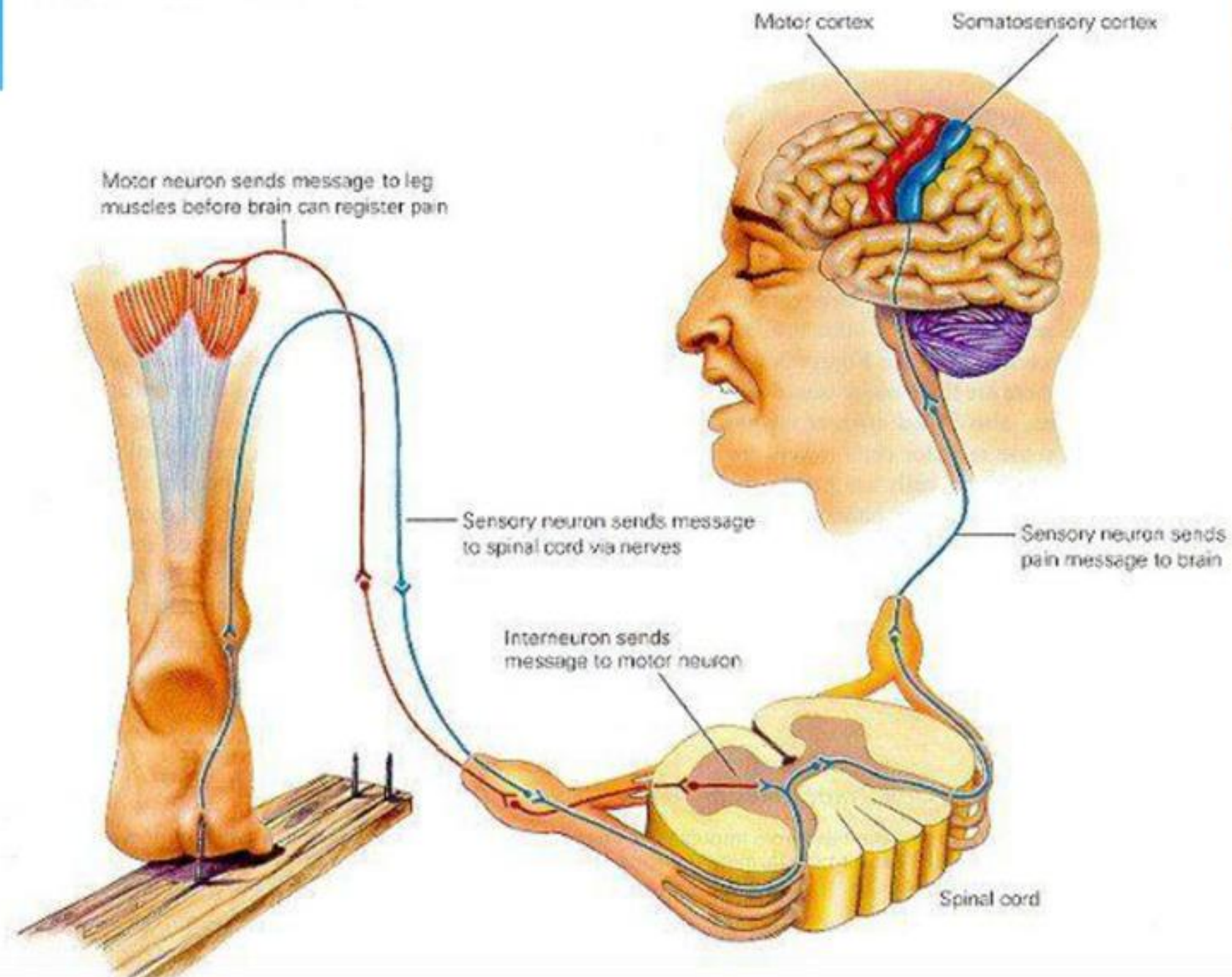
Grazie a tale sintomo l'organismo impedisce un aggravamento e facilita la riparazione del danno

Il dolore: sintomo o malattia?

Le vie del dolore

THE PAIN WITHDRAWAL REFLEX

The pain withdrawal reflex shown here involves only three neurons: a sensory neuron, a motor neuron, and an interneuron.



DOLORE ACUTO

Characteristics of primary afferent fibres

Fibre type	A δ (finely myelinated)	C (unmyelinated)
Fibre diameter	2–5 μm	<2 μm
Conduction velocity	5–15 m/second	0.5–2 m/second
Distribution	Body surface, muscles, joints	Most tissues
Pain sensation	Rapid, pricking, well localized	Slow, diffuse, dull, aching
Position of synapse within dorsal horn of spinal cord	Laminae I and V	Lamina II (substantia gelatinosa)

Il dolore: sintomo o malattia?

DOLORE CRONICO è



- il dolore cronico è una malattia a se stante
- il dolore è definito cronico non sulla base di un criterio temporale (da quanto tempo è presente), ma di un criterio fisiopatologico:

il dolore è cronico quando la causa che lo ha generato non è più risolvibile

DOLORE CRONICO da affezioni muscolo-scheletriche o del sistema somato-sensoriale

- è un problema sanitario molto diffuso
- la popolazione adulta
- soprattutto in quella di età superiore ai 65 anni

i costi sociali sono elevatissimi

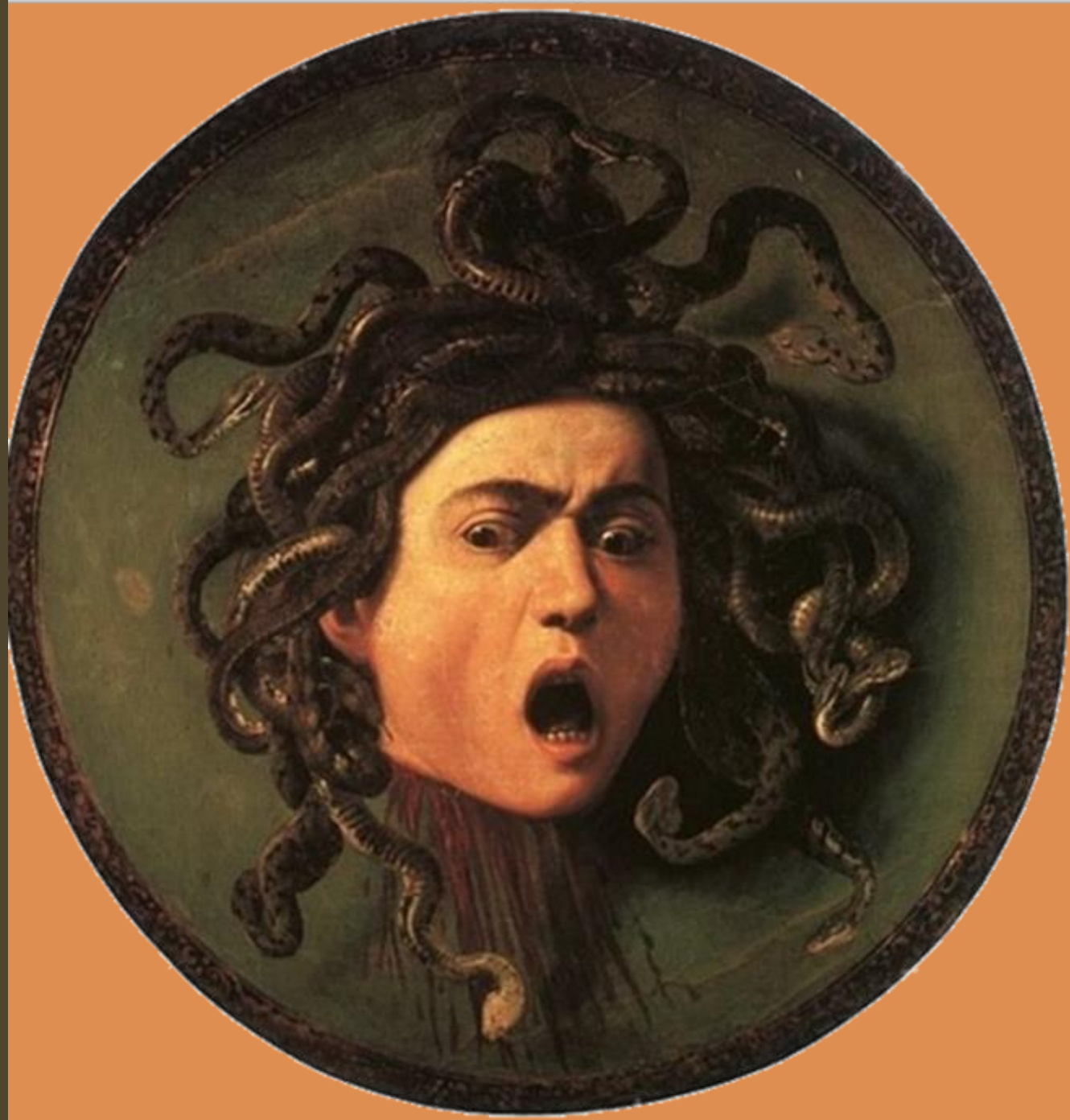
costi diretti relativi alla diagnosi e alla cura

costi indiretti legati alla perdita di produttività, all'assenteismo dal lavoro e al deterioramento della qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie

- **modificazioni affettive e comportamentali, invalidità o disabilità con perdita della potenzialità lavorativa e conseguente isolamento sociale**

Tipi di dolore

Classificazione Fisiopatologica



Dolore nocicettivo (somatico e viscerale)

Dolore neuropatico (centrale-periferico)

Dolore idiopatico o psicogeno

Dolore neuropatico: cause, diagnosi e trattamento



QUANDO
ANCHE
UNA PIUMA
PROVOCA
DOLORE

Il dolore neuropatico è una diretta conseguenza di una lesione o di malattie a carico del sistema somatosensoriale.

- International Association for the Study of Pain (IASP) -

Il dolore neuropatico colpisce circa il 6-8% della popolazione generale

Nonostante, però, ci sia la disponibilità di molti farmaci efficaci e linee guida per il trattamento del dolore neuropatico, le evidenze provenienti dalla ricerca negli Stati Uniti e in Europa suggeriscono che questi rimedi non sono utilizzati ampiamente e molti casi rimangono sottotrattati o addirittura non trattati.

Tipi di dolore

Classificazione Fisiopatologica



valutazione del dolore neuropatico

- storia passata e presente
- descrizione dettagliata della distribuzione del dolore
- qualità e intensità del dolore
- esame neurologico con particolare attenzione per i test sensitivi

L'esame sensitivo spesso richiede di essere supportato da test neurofisiologici e da una analisi sensitiva quantitativa

Dolore Neuropatico

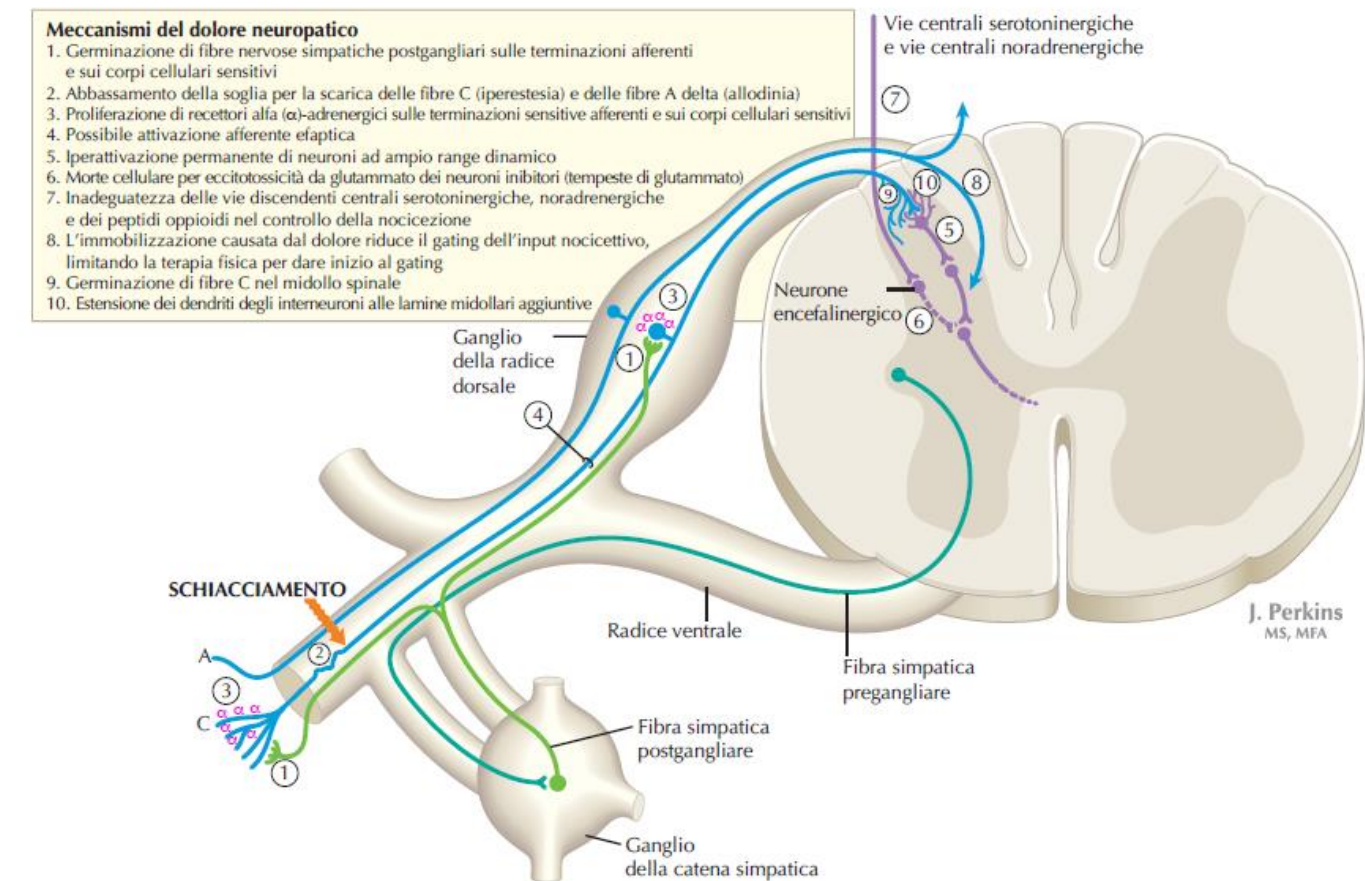
sostenuto da un processo somato-sensoriale aberrante

- sistema nervoso periferico (lesioni del primo neurone)
- centrale

in cui si evidenziano due meccanismi principali, quali

- la genesi ectopica di impulsi nocicettivi e
- l'ipersensibilità dei neuroni nocicettivi centrali

Meccanismi del dolore neuropatico e del dolore simpatico-mediato





Dolore neuropatico: meccanismi neurobiologici

- ✓ Il dolore neuropatico è generalmente associato a una **lesione del sistema nervoso**. Tali lesioni possono verificarsi a livello dei **nervi periferici** (es. nevralgia post-erpetica), del **midollo spinale** (dolore da lesioni al midollo spinale), del **cervello** (es. sindromi da dolore talamico). Tuttavia, solo una piccola parte delle persone con lesioni sviluppa dolore neuropatico cronico.¹
- ✓ Il segnale doloroso, una volta generato, viene modulato e mantenuto per mezzo di molteplici **meccanismi fisiopatologici e modificazioni neurobiologiche**. Tali meccanismi sono tradizionalmente classificati in periferici e centrali (**Tabella 1**).²

È comune nella pratica clinica classificare il NP in base

- all'**eziologia** del disturbo sottostante
- alla **posizione anatomica** della lesione specifica.

A seconda del sito della lesione, tuttavia, il NP può essere classificato come



centrale



periferico

La differenziazione è importante perché queste lesioni sono distinte in termini di fisiopatologia, manifestazioni cliniche e esigenze di trattamento.

Dolore neuropatico: cause, diagnosi e trattamento

2

Il dolore neuropatico centrale insorge a causa di una lesione o una malattia a livello spinale e/o cerebrale.

3

Le malattie cerebrovascolari che colpiscono le vie somatosensoriali centrali (poststroke pain) e le malattie neurodegenerative (in particolare la malattia di Parkinson) sono disturbi cerebrali che spesso causano dolore neuropatico centrale.

4

Le lesioni o le malattie del midollo spinale che causano dolore neuropatico comprendono lesioni del midollo spinale, siringomielia e malattie demielinizzanti, come sclerosi multipla, mielite trasversa e neuromielite ottica.

Dolore neuropatico: cause, diagnosi e trattamento

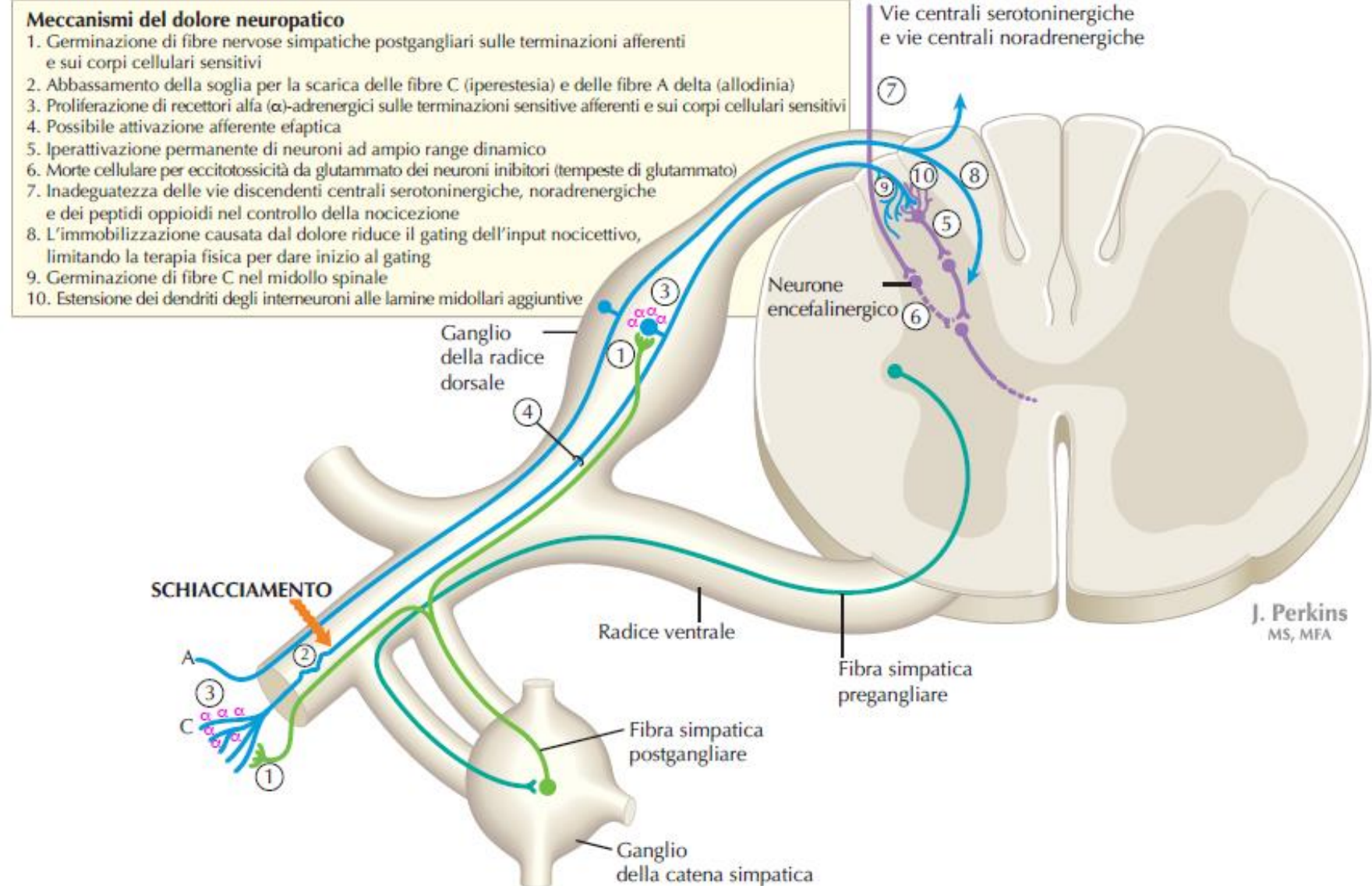
Meccanismi del dolore neuropatico e del dolore simpatico-mediato

5



Invece, il dolore neuropatico periferico insorge a causa di patologie che colpiscono

- le piccole fibre C non mielinizzate
- le fibre A mielinizzate ($A\beta$ e $A\delta$).



Dolore neuropatico: cause, diagnosi e trattamento

6



Il dolore neuropatico periferico in futuro raggiungerà una prevalenza sempre maggiore a causa

- dell'invecchiamento della popolazione globale,
- dell'aumentata incidenza del diabete mellito
- dell'aumento dei casi di cancro e delle conseguenze della chemioterapia, che interessano tutte le fibre sensoriali (fibre A β , A δ e C).

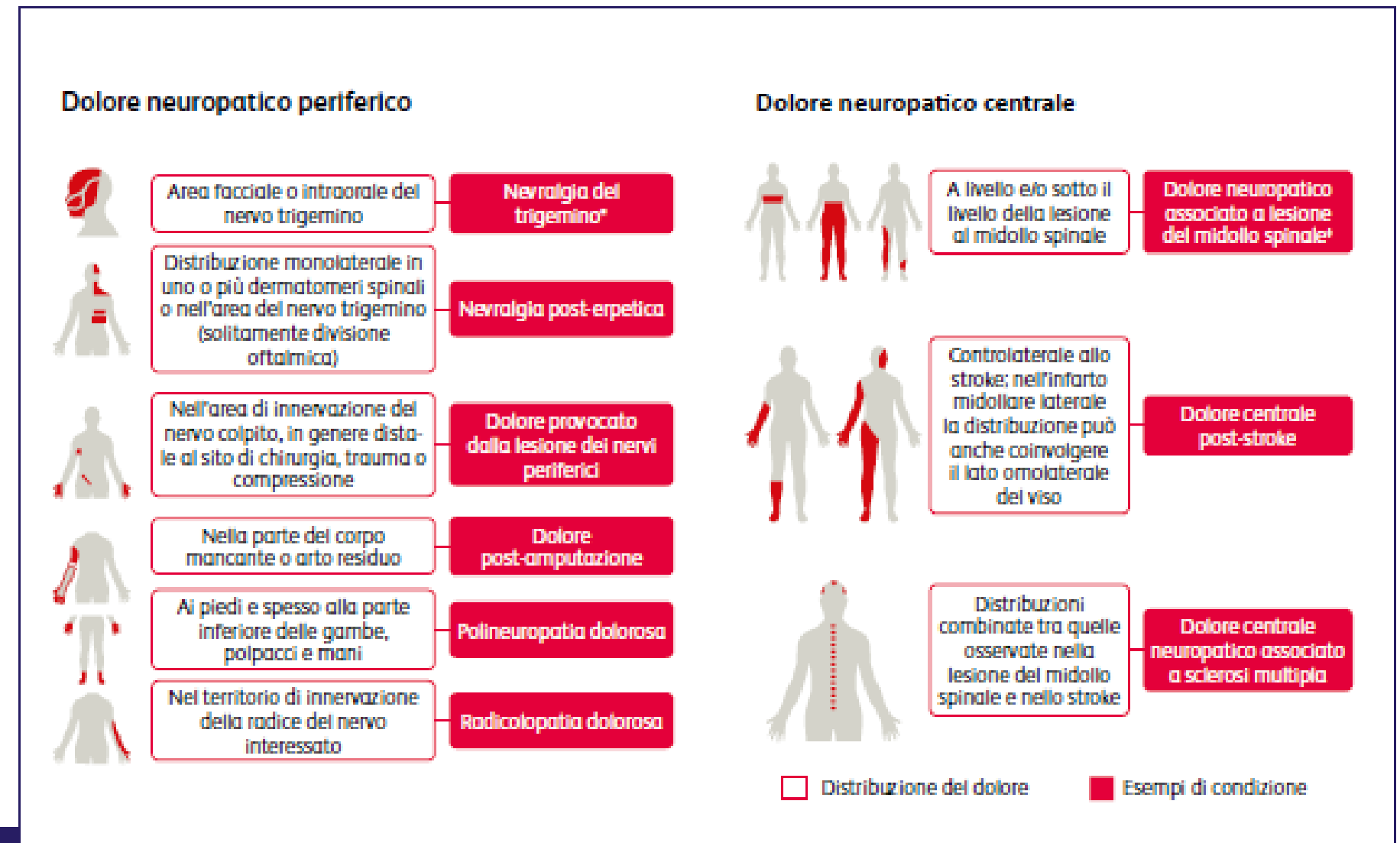


Figura 1. Distribuzione neuroanatomica di sintomi di dolore e segni sensoriali in condizioni di dolore neuropatico. Distribuzione di dolore e segni sensoriali in comuni condizioni di dolore neuropatico periferico e centrale.

* A volte può essere associato a dolore neuropatico centrale. † A volte può essere associato a dolore neuropatico periferico.


Cos'è la sensibilizzazione centrale?

aumento della reattività dei neuroni nocicettivi del sistema nervoso centrale al loro input afferente normale o sotto soglia

una risposta adattativa che ha il compito di proteggerci da un danno in atto o potenziale.



L'importanza del quadro clinico nella diagnosi del dolore neuropatico



Sintomi
sensoriali positivi
e negativi
del dolore
neuropatico



Un'attenta valutazione dei segni e sintomi sensoriali presentata dal paziente nell'intera storia clinica riflette con buona approssimazione i meccanismi di base della condizione patologica e può dunque guidare la scelta del trattamento più appropriato.

Un'accurata raccolta anamnestica e un attento esame obiettivo sono momenti fondamentali per la diagnosi di dolore neuropatico.

Le tecniche di imaging e lo studio elettrofisiologico possono supportare l'iter clinico diagnostico.





Sintomi
sensoriali positivi
e negativi
del dolore
neuropatico



*L'importanza
del quadro clinico
nella diagnosi
del dolore neuropatico*

A differenza del dolore nocicettivo, dal punto di vista clinico, il dolore neuropatico è tipicamente caratterizzato da

- segni e sintomi sensoriali positivi (correlati ad un incremento della funzione somatosensoriale)
- e
- negativi (correlati ad una perdita della funzione somatosensoriale).

La raccolta anamnestica e l'esame obiettivo, in questi pazienti, devono dunque essere focalizzati sulla ricerca di tali sintomi allo scopo di differenziare queste due tipologie di dolore (nocicettivo e neuropatico).

I segni e sintomi positivi e negativi possono manifestarsi singolarmente o in diversi cluster sindromici nelle diverse forme di dolore neuropatico.

In ogni caso non risultano patognomonici di una determinata patologia.

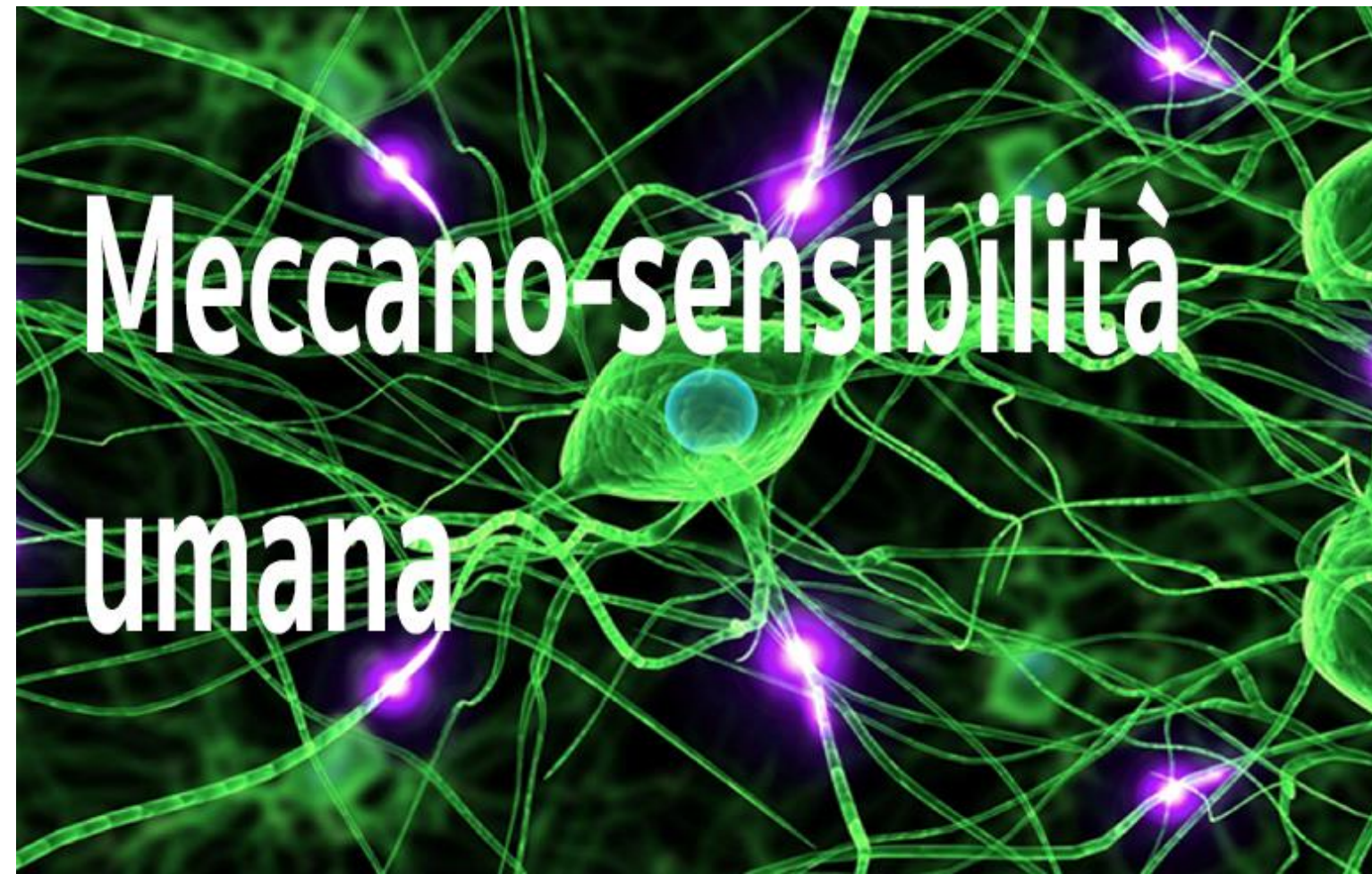
Allodinia Meccanica

11 ottobre 2018

Quando anche una piuma provoca dolore

All'origine dell'allodinia meccanica, una condizione patologica in cui anche un tocco leggero sulla pelle provoca un intenso dolore, c'è un funzionamento alterato di una particolare popolazione di neuroni sensoriali. La loro individuazione e la scoperta dei meccanismi molecolari responsabili del cattivo funzionamento di quelle cellule nervose fa sperare nella possibilità di terapie mirate *(red)*

I meccanismi molecolari alla base di un intenso dolore che emerge in seguito a un tocco anche molto leggero, una condizione patologica detta allodinia meccanica, sono stati individuati da due gruppi indipendenti di ricercatori che ne riferiscono in altrettanti articoli pubblicati su "[Science Translational Medicine](#)".



Allodinia Meccanica



Ora in esperimenti effettuati su topi, **Swetha E. Murthy**, dell'Howard Hughes Medical Institute a La Jolla, in California, e colleghi, hanno scoperto che l'allodinia meccanica è legata a un'alterazione nel funzionamento di una sottopopolazione di neuroni sensoriali; queste cellule nervose hanno un particolare tipo di canali ionici (detti Piezo2), ossia proteine presenti nella membrana cellulare che permettono il passaggio di particolari ioni dall'intero all'esterno della cellula o viceversa, modificandone così lo stato di attivazione.

Allo stesso risultato, ma usando una tecnica differente sono arrivati anche **Marcin Szczot**, degli statunitensi National Institutes of Health a Bethesda, e colleghi, che

hanno mostrato come i neuroni sensoriali Piezo2 abbiano un ruolo centrale nella percezione degli stimoli meccanici leggeri, compresi soffi d'aria e vibrazioni, ma anche che normalmente (ossia in neuroni non alterati da lesioni o altre patologie) essi non intervengono nella percezione del dolore.

Queste scoperte aprono le porte allo sviluppo di farmaci più specifici per la terapia dell'allodinia meccanica. Tuttavia, avvertono i ricercatori, con tutta probabilità si tratterà di farmaci adatti solo a una somministrazione topica (ossia nella sede dell'area cutanea interessata dal disturbo) perché i neuroni con canali Piezo 2 intervengono in altri meccanismi sensoriali essenziali, come la propriocezione (la capacità di percepire la posizione del corpo) e la respirazione (per la percezione dell'espansione o contrazione della cassa toracica), che potrebbero essere disturbati da una somministrazione sistemica.



Gli strumenti standard per la valutazione della sensibilità

CONSIDERARE CONDIZIONI PSICO – SOCIALI DEL MALATO E DELLA FAMIGLIA

IL TEMPO DI RELAZIONE È TEMPO DI CURA (APPRO.DO)

COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA

1. Preparare il colloquio
2. Capire quanto il malato conosce della sua malattia
3. Capire quanto il malato vuole sapere
4. Dare informazioni
5. Rispondere alle emozioni del malato
6. Riassumere e pianificare



TRIAGE





XLI CONGRESSO NAZIONALE

SNAMI 4S

Il dolore neuropatico

diagnosi e trattamento

nell'ambulatorio del Medico di Famiglia

A. De Martino

SABATO 8 OTTOBRE 2022

6° SESSIONE Algos

Dolore neuropatico: cause, diagnosi e trattamento

Il **dolore neuropatico** è una diretta conseguenza di una lesione o di malattie a carico del **sistema somatosensoriale**.

- **International Association for the Study of Pain (IASP)** -

Il dolore neuropatico colpisce circa il **6-8% della popolazione generale**

Nonostante, però, ci sia la disponibilità di molti farmaci efficaci e linee guida per il trattamento del dolore neuropatico, le evidenze provenienti dalla ricerca negli Stati Uniti e in Europa suggeriscono che **questi rimedi non sono utilizzati ampiamente** e molti casi rimangono **sottotrattati o addirittura non trattati**.



QUANDO
ANCHE
UNA PIUMA
PROVOCA
DOLORE

Dolore neuropatico: cause, diagnosi e trattamento

Esame clinico e test sensoriali

Procedure diagnostiche aggiuntive

In casi clinicamente chiari, come la **nevralgia post-erpetica**, non sono necessari ulteriori test, avviando quindi la terapia farmacologica in base alle linee guida evidence-based.

In altri casi, potrebbero essere necessari test di laboratorio, come nella **neuropatia periferica dolorosa**.

Se i test sensoriali non sono conclusivi o la malattia causale non è evidente, il paziente deve essere indirizzato allo **Specialista** (per esempio, un reparto neurologico o un centro di terapia del dolore) per un'ulteriore valutazione.

I test utilizzati in un centro specializzato possono includere procedure **elettrofisiologiche convenzionali** come studi sulla conduzione nervosa, nonché strumenti di laboratorio meno convenzionali per valutare le vie nocicettive dei sistemi nervoso periferico e centrale.



Dolore neuropatico: cause, diagnosi e trattamento

Questi semplici questionari somministrati al paziente, ad esempio DN4 o painDETECT, valutano i sintomi caratteristici del dolore neuropatico come

- bruciore,
- formicolio,
- sensibilità al tatto,
- dolore causato da una leggera pressione,
- dolore simile a una scossa elettrica,
- dolore al freddo o al calore
- intorpidimento

e sono utili, quando somministrati a pazienti con dolore cronico, nella distinzione tra dolore neuropatico e non neuropatico, con elevata specificità e sensibilità

The image shows a screenshot of the painDETECT PAIN QUESTIONNAIRE. The form is titled "painDETECT PAIN QUESTIONNAIRE" and includes fields for "Date:", "Patient:", "Last name:", and "First name:". The questionnaire consists of several sections:

- Intensity scales:** Three horizontal scales from 0 to 10, labeled "more" on the left and "less" on the right, for the questions: "How much do you stress your pain now, at the moment?", "How strong was the strongest pain during the past 4 weeks?", and "How strong was the pain during the past 4 weeks on average?".
- Pain course diagrams:** A section titled "Mark the picture that best describes the course of your pain:" with four diagrams and corresponding checkboxes: "Persistent pain with slight fluctuations", "Persistent pain with pain attacks", "Pain attacks without pain between them", and "Pain attacks with pain between them".
- Body diagram:** A section titled "Please mark your main area of pain" with two human figures (front and back views) and a question: "Does your pain radiate to other regions of your body?" with "yes" and "no" checkboxes. Below it, it says "If yes, please describe the direction in which the pain radiates."
- Symptom questions:** A series of questions with response options: "Do you suffer from a burning sensation (e.g., stinging nettles) in the marked area?", "Do you have a tingling or prickling sensation in the area of your pain (like standing ants or electrical tingling)?", "Is light scratching (rubbing, a tickle) in this area painful?", "Do you have sudden pain attacks in the area of your pain, like electric shocks?", "Is cold or heat (such as water) in this area occasionally painful?", "Do you suffer from a sensation of numbness in the area that you marked?", and "Does slight pressure in this area, e.g., with a finger, trigger pain?". Each question has response options: "never", "hardly noticed", "slightly", "moderately", "strongly", and "very strongly".
- Legend and Scoring:** A legend at the bottom indicates the scoring for each response option: "never" (0), "hardly noticed" (1), "slightly" (2), "moderately" (3), "strongly" (4), and "very strongly" (5). Below the legend, there are input fields for "Total score" and "out of 18".

Copyright © 2004 by the International Association for the Study of Pain (IASP), Seattle, WA, USA. All rights reserved. This is a copyrighted document. For more information, please contact the IASP, 6760 Rockledge Drive, Suite 100, Denver, CO 80231, USA. Tel: +1 303 733 2300. Fax: +1 303 733 2301. Email: iasp@iasp-pain.org

Dolore neuropatico: cause, diagnosi e trattamento

Altri strumenti, come il **Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI)**, sono stati sviluppati in modo più specifico per la quantificazione dei sintomi neuropatici.

Il questionario consiste in una lista di **12 domande** incentrate su **dieci descrittori di sintomi**

- bruciore
- pressione
- stretta,
- scosse elettriche
- pugnalata
- dolore evocato dallo sfioramento
- dolore evocato dalla pressione
- dolore evocato da stimoli freddi
- sensazione di aghi o spilli
- formicolio

che indentificano **cinque dimensioni clinicamente rilevanti del dolore neuropatico**

1. dolore evocato
2. dolore parossistico
3. sensazioni anormali
4. dolore spontaneo continuo
5. superficiale e profondo

Dolore neuropatico: cause, diagnosi e trattamento

L'USO DELLA RISONANZA MAGNETICA FUNZIONALE NEL DOLORE NEUROPATICO

Risonanza magnetica funzionale: BOLD e attività neurale

A seconda della causa sospettata dal Medico, potranno essere valutati

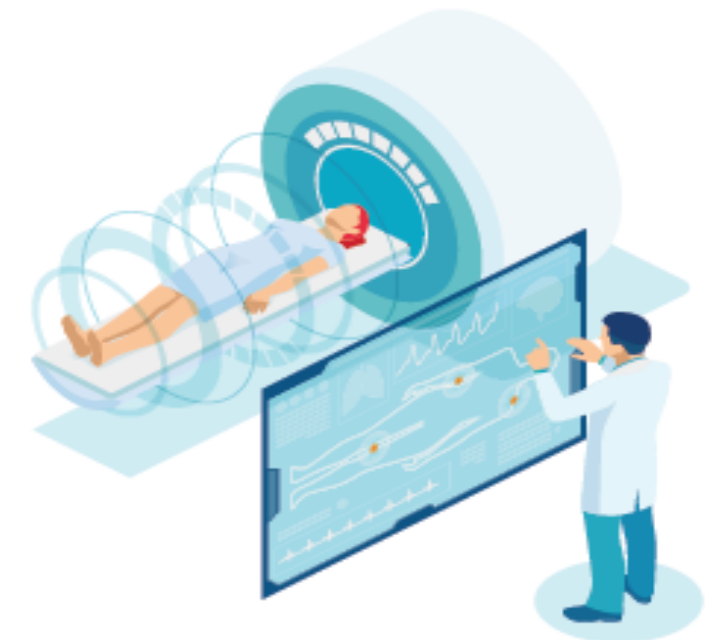
- test diagnostici di approfondimento, come gli esami del sangue,
- indagini per valutare la conduzione nelle fibre nervose,
- la biopsia di nervi e cute per studiare direttamente le fibre nervose interessate,
- esami radiologici e di medicina nucleare.

✓ Con lo sviluppo di tecniche di neuroimaging, in particolare della **risonanza magnetica funzionale (fMRI)**, i ricercatori sono stati in grado di esplorare la struttura e la funzione del cervello su più livelli, fornendo nuove idee per lo studio dei cambiamenti del sistema nervoso centrale responsabili del dolore neuropatico.¹

✓ La **fMRI è un esame strumentale che serve a registrare come variano i livelli del flusso sanguigno e dell'ossigenazione cerebrale nel distretto encefalico** in risposta a diversi stimoli. Può essere suddivisa in fMRI in fase di attività e fMRI in fase di riposo.¹

✓ Lo scopo della fMRI è esplorare **l'attività neurale** di ciascuna regione del cervello in diverse condizioni fisiologiche o patologiche.

✓ La modificazione dello stato di ossigenazione dell'emoglobina nei globuli rossi è il principio teorico dell'**effetto BOLD (Blood Oxygen Level Dependent)**, sul quale la fMRI si basa e che viene utilizzata come mezzo di contrasto endogeno.



Dolore neuropatico: ruolo della fMRI nella diagnosi

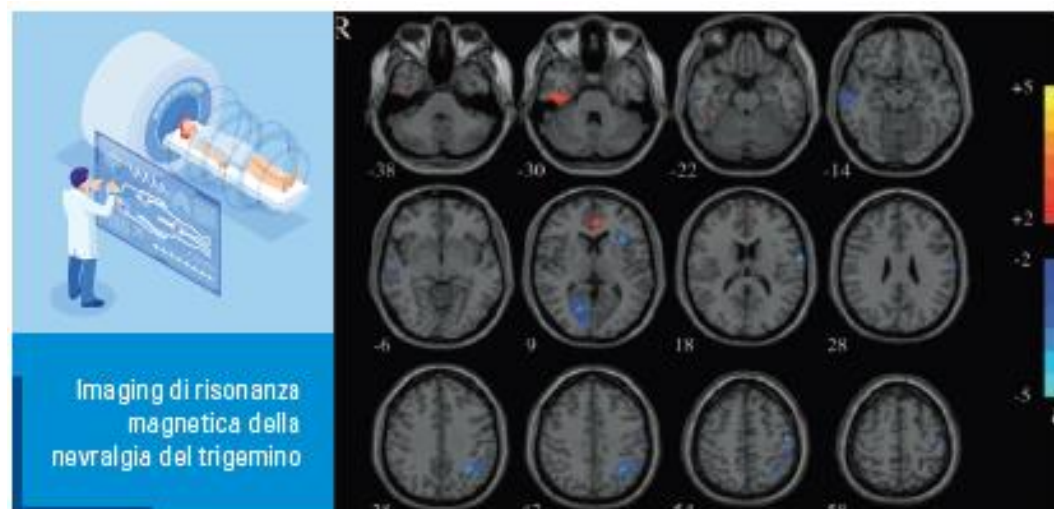
✓ Gli studi hanno dimostrato che molte **malattie neurologicamente correlate**, incluso il dolore neuropatico, possono avere un impatto caratteristico su questi collegamenti e lo studio di queste può essere utile nel chiarimento dei meccanismi della malattia e nel perfezionamento della diagnosi e del livello di trattamento del dolore neuropatico. L'utilità clinica e l'affidabilità di questa metodica sono state confermate in molti studi.¹

✓ La **percezione del dolore a livello cerebrale** è stata uno degli argomenti più interessanti nel campo del neuroimaging. Attraverso lo studio approfondito dell'elaborazione e della trasmissione delle informazioni ottenute tramite fMRI sul dolore, è stato introdotto il concetto di **"matrice del dolore"**, per cui il dolore è causato dall'interazione tra più regioni del cervello, proprio come una struttura di rete. **Cambiamenti funzionali significativi si verificheranno in varie regioni del cervello** all'interno di questa matrice in presenza di dolore. Ai diversi tipi di dolore neuropatico corrispondono cambiamenti caratteristici. **Studiare questi cambiamenti potrebbe essere utile per chiarire la patogenesi del dolore e per selezionare specifici marker di neuroimaging per la diagnosi e la valutazione delle malattie.**¹

Le caratteristiche intrinseche di questa metodica sono:

- l'assenza di invasività (non viene somministrato mezzo di contrasto paramagnetico)
- l'elevata risoluzione spaziale e temporale
- la facile riproducibilità
- la possibilità di co-registrazione con immagini anatomiche di alta qualità.

✓ La fMRI permette di rilevare i collegamenti tra l'attivazione del cervello e i compiti che il soggetto esegue durante la scansione.¹



Imaging di risonanza magnetica della nevralgia del trigemino

Tipi di dolore

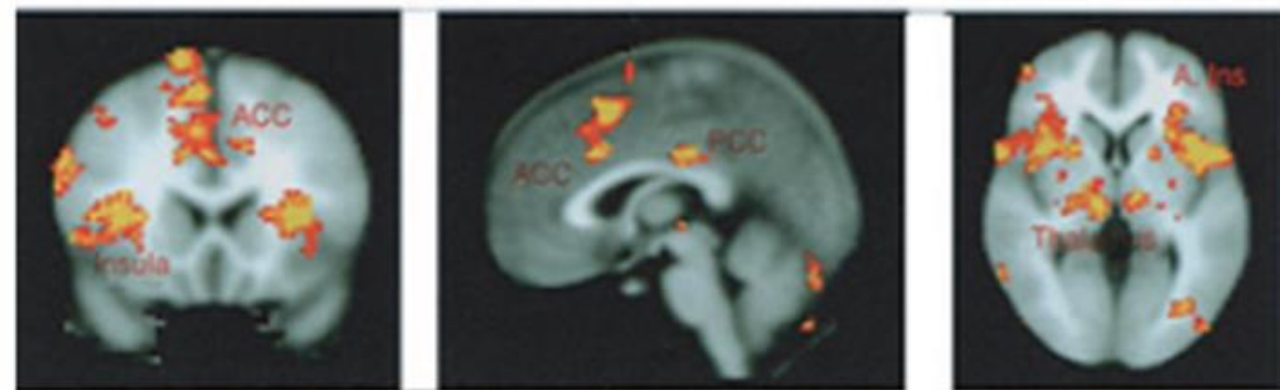
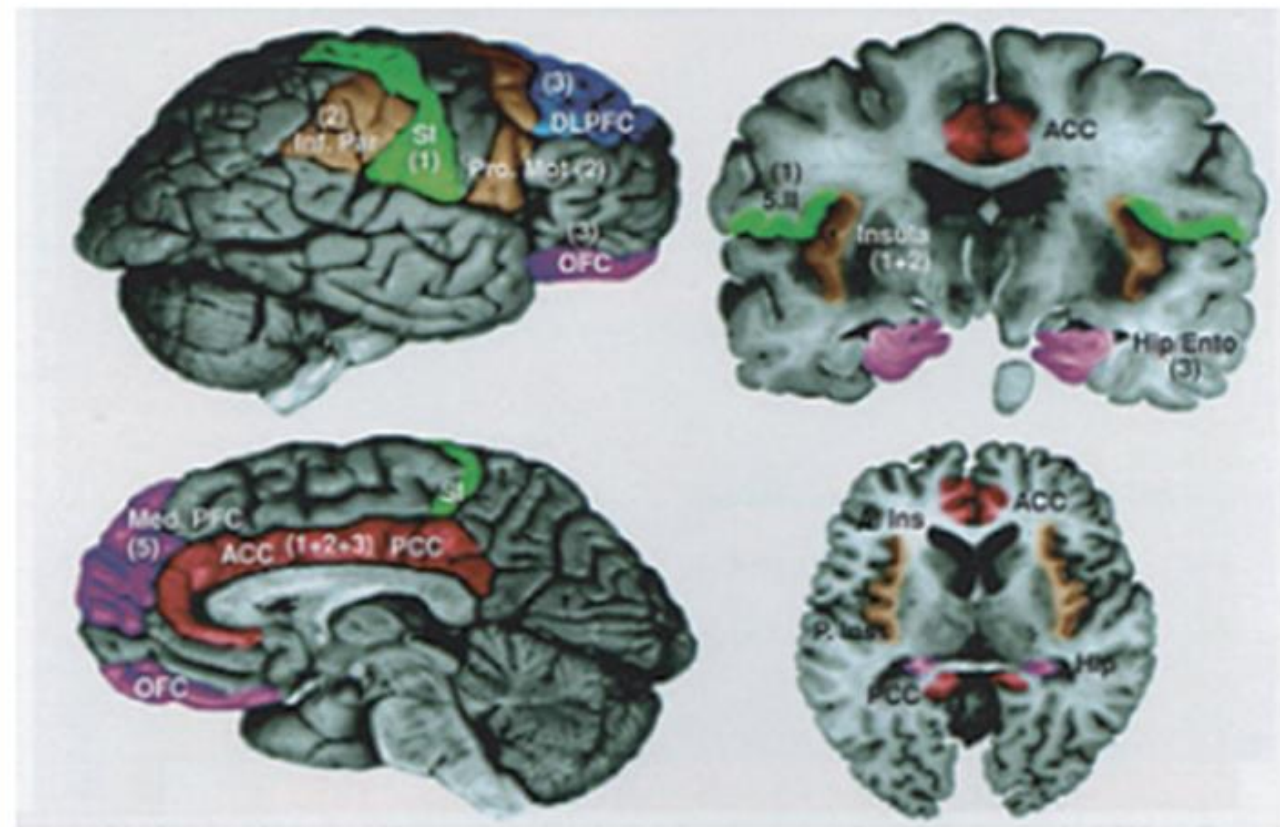
STRATEGIA TERAPEUTICA



Dolore nocicettivo (somatico e viscerale)

Il dolore nocicettivo viene spesso trattato con farmaci antinfiammatori ma tale terapia risulta appropriata solo se tale approccio permette la risoluzione dell'infiammazione, altrimenti potrebbe essere più appropriato utilizzare altri farmaci che impediscano di provare dolore ma che siano dotati di un **migliore profilo di sicurezza**, come gli oppioidi e/o i cosiddetti adiuvanti?





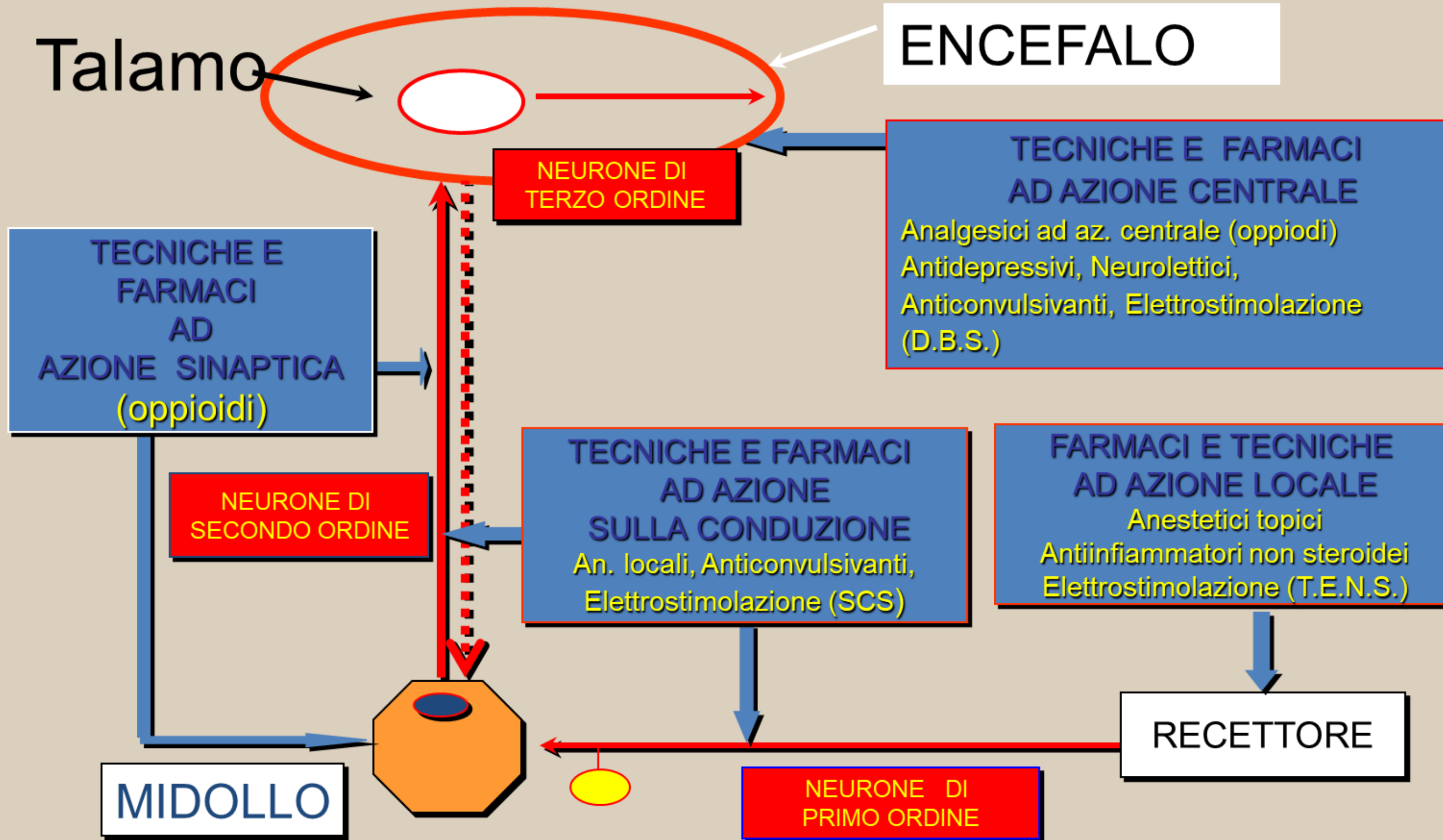
Alcuni studi di risonanza magnetica funzionale hanno mostrato l'attivazione di zone corticali ma anche di zone più rostrali deputate alla componente affettiva (**amigdala**) e di memorizzazione (**talamo**)

Lo stimolo doloroso, se non prontamente eliminato, causa una cascata di modificazioni anche a livello del **midollo spinale e a livello corticale**, che giustificano ulteriormente la trasformazione da “dolore-sintomo” a “dolore-malattia”.

Anche il dolore viene memorizzato attraverso modificazioni di espressione genica; inoltre, con meccanismi anche fisicamente riconoscibili di neurogenesi neuronale, ovvero di **neoformazione delle sinapsi**, si può consolidare a lungo termine.

Talamo

ENCEFALO



Farmaci ad azione sinaptica

- Oppioidi
- Antagonisti dei recettori NMDA
- Baclofen
- Clonidina
- Levodopa
- Antidepressivi
- Antiepilettici

Farmaci efficaci sulla conduzione nervosa

- Anestetici locali
- Antiaritmici
- Antiepilettici
- Steroidi * – F.A.N.S. *

* *azione centrale*: stabilizzazione di membrana mediata dall'incremento dei livelli di AMPc

Rassegna

Trattamento del dolore neuropatico della polineuropatia diabetica
Treatment of painful diabetic polyneuropathy

V. Spallone¹,
C.M.A. Cefalo²
¹ Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Endocrinologia, Università di Roma Tor Vergata, Roma; ² Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, IRCCS, Roma

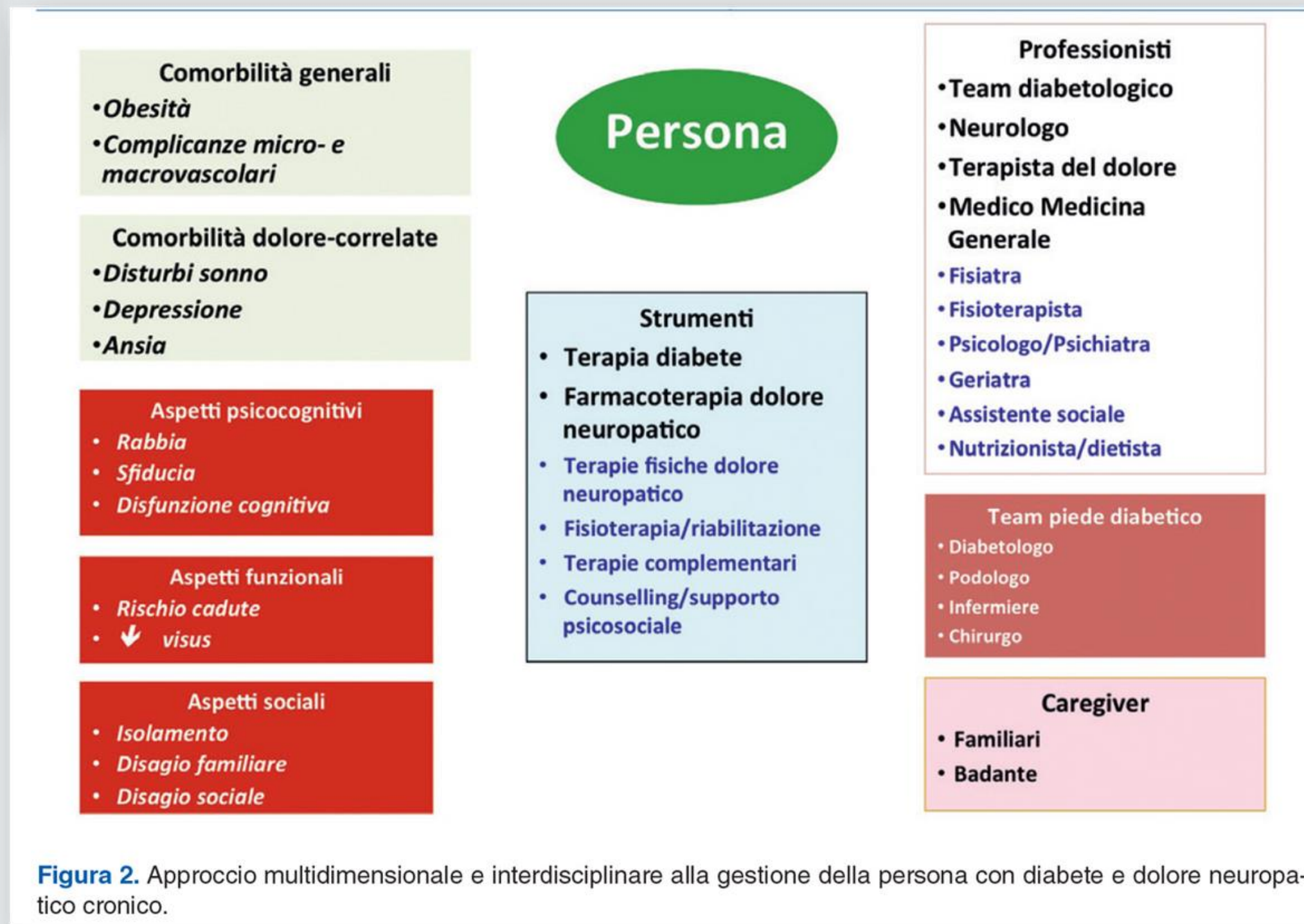


Figura 2. Approccio multidimensionale e interdisciplinare alla gestione della persona con diabete e dolore neuropatico cronico.



CONCLUSIONI

persona con dolore

antropocentrica

visione

olistica

orientata alla concreta realizzazione degli obiettivi



CONCLUSIONI

persona con dolore

raramente ci chiede **l'analgesia totale**

spesso sa per esperienza che non è più raggiungibile

sempre, invece, ci chiede di

recuperare la **quotidianità**

la disabilità che deriva dal **dolore malattia**,

da quel dolore che ha perso il primigenio

significato di **"campanello di allarme"**

per diventare **entità nosografica a sé stante**,

priva di qualunque significato protettivo,

con **quadri clinici complessi, multiformi e**,

come a noi noto, forieri di gravissimi

epifenomeni biologici, psicologici, sociali.

XLI CONGRESSO NAZIONALE

SNAMI 4S

Le Cure Palliative:

livelli assistenziali e P.D.T.A.

A. De Martino

DOMENICA 9 OTTOBRE 2022

10a SESSIONE Cure Palliative e Terapia del dolore

La vita cambia in fretta.
La vita cambia in un
istante.

... una sera ti metti a
tavola e la vita che
conoscevi è già finita.

L'ANNO
DEL
PENSIERO
MAGICO

Joan Didion

1993

**OSPEDALE DI EBOLI - SERVIZIO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE
AMBULATORIO DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE**



1993 - CORSO DI FORMAZIONE PER MEDICI NELLE CURE PALLIATIVE - VILLA DEI CIPRESSI - VARENNA

PROBLEMA DOLORE: APPROCCIO TERAPEUTICO GLOBALE

Invece ti è capitato di incontrare solo un tecnico, che non conosce la differenza tra eutanasia e medicina palliativa: ti accusa di volergli far fare un omicidio perché un tranquillante darebbe gravi effetti se unito al farmaco che il paziente sta prendendo per una patologia che in poche ore lo porterà alla morte.

E questo, semmai, solo perché pensa che tu vorresti che lui facesse qualcosa per salvare quel paziente, senza capire che tu sai benissimo che non c'è più nulla da fare se non pregare che finisca presto e senza sofferenze ancora più atroci di quelle alle quali stai assistendo.

E' sicuramente un problema di uomini, e quindi di sensibilità personale, ma è anche un problema culturale: se di certe cose non si parla, anche nella formazione di un medico, un medico che è solo tecnico si trova ad affrontare certe situazioni senza essere preparato.

Ed a quel punto conta solo la sensibilità personale, che in quei momenti non tutti hanno, senza nessuna preparazione né umana e né tecnica.

solo come un tecnico.

ita
co
on

Il dolore «difficile»

- **Il dolore mal gestito per non compliance dei curanti?**
- **Componente di stress psicologico della malata e dei familiari?**

DECORSO DELLA MALATTIA NEOPLASTICA



Da "Cure Palliative di G. Di Mola" modificata



Legge n. 38 del 15.03.10

art 2 comma 1 paragrafo a)

" cure palliative ":

l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti **sia alla persona malata, sia al suo nucleo familiare**, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici

UNITA' MALATO - FAMIGLIA





Legge N.38 del 15/03/2010 - G.U. n. 65 del 19/03/2010

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

RETE LOCALE	DESTINATA	COORDINAMENTO
TERAPIA DEL DOLORE	MALATI CON DOLORE CRONICO	DIRIGENTI MEDICI HUBS O SPOKES
CURE PALLIATIVE ADULTI	MALATI INGUARIBILI E LE LORO FAMIGLIE	DIRIGENTI MEDICI CON SPECIALIZZAZIONE PREVISTA DALLA LEGGE MA CON ALMENO 3 ANNI DI ATTIVITA' NELLE CURE PALLIATIVE
CURE PALLIATIVE BAMBINI	MALATI INGUARIBILI E LE LORO FAMIGLIE	DIRIGENTI MEDICI CON SPECIALIZZAZIONE PREVISTA DALLA LEGGE MA CON ALMENO 3 ANNI DI ATTIVITA' NELLE CURE PALLIATIVE

3 RETI LOCALI AUTONOME ED INDIPENDENTI

PROBLEMA DOLORE: APPROCCIO TERAPEUTICO GLOBALE

PERCHE' ?

SIMULTANEOUS CARE

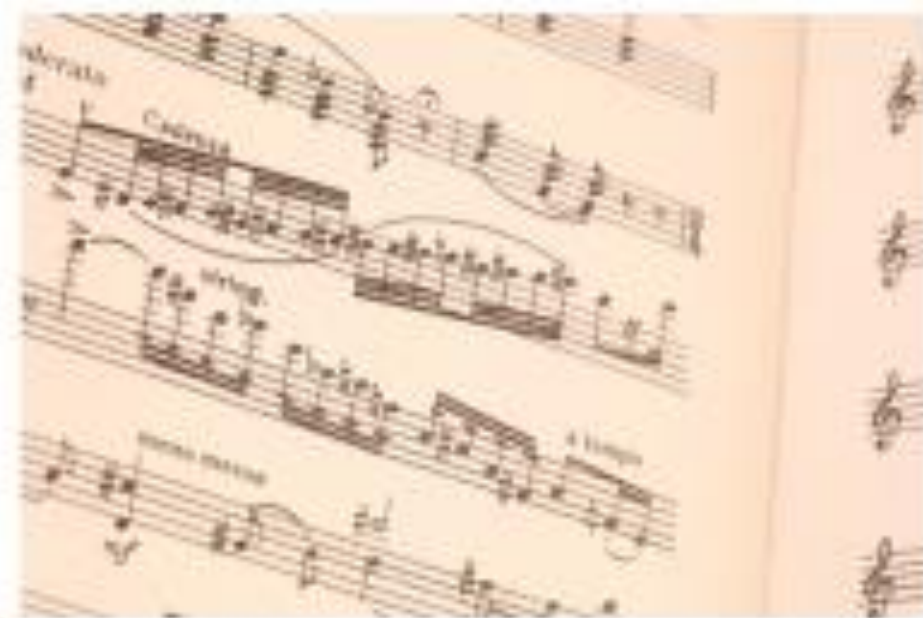


- Per garantire la continuità di cura attraverso una **gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni**, fissando appropriati obiettivi per ogni singola situazione.
- Per **ottimizzare la qualità della vita** in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione agli innumerevoli bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia.
- Per **evitare il senso di abbandono** nella fase avanzata-terminale.

[^] *Maitani Ann Oncol 19, 2008.*

[°] *ASCO Special Article JCO 16:1986, 1998.*

^{*} *Meyers JCO 21, 2003.*



PIANO ASSISTENZIALE INTEGRATO

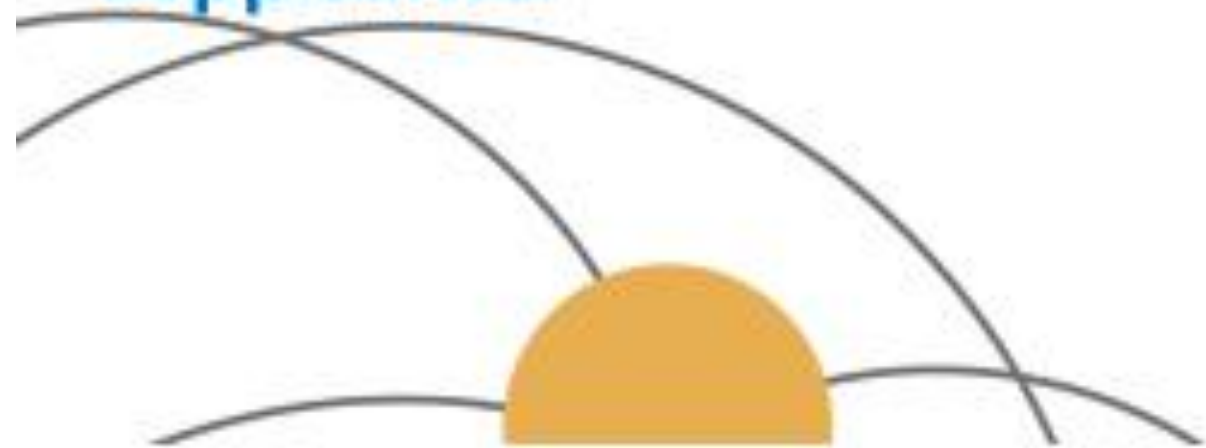


POSSONO CAMBIARE GLI ORCHESTRALI MA LA MUSICA NON DEVE CAMBIARE

Le cure migliori, nel luogo più razionale, a loro più gradito, oltre che al costo più appropriato.

Diversamente si creerà una disparità di offerta:

malati e famiglie preferiranno (quasi) sempre un hospice ben organizzato piuttosto di un'assistenza domiciliare zoppicante.



Valutazione multidimensionale

Unità di Valutazione Multidimensionale del distretto che sarà composta da:

- ***Medico del distretto (responsabile dell'assistenza);***
- ***Specialista di terapia antalgica e cure palliative***
- ***I.P.;***
- ***Assistente Sociale;***
- ***Psicologo***
- ***Medico di medicina generale o pediatra di base***
- ***OSS***
- ***Fisioterapista***

Il paziente verrà valutato utilizzando uno strumento multidimensionale: S.VA.M.A.

- ***Scheda di valutazione sociale***



European Association for Palliative Care

One voice, one vision for palliative care

[Home](#) [About](#) [Contributors' Guidelines](#) [Disclaimer and Privacy Statement](#) [Links](#)

Members of the Social Media Team

← [EAPC Board Matters: Board members of 2016 – the year we raised more awareness the European Association for Palliative Care about children's palliative care in Norway](#) →
[meet in Dublin](#)

Triage in palliative care: Research participants needed

Posted on [November 25, 2016](#) by [pallcare](#)

Dr Beth Russell, *Palliative Care Physician and Researcher, Centre for Palliative Care, Melbourne, Australia, (together with Associate Professor Jennifer Philip, Professor Peter Hudson, Associate Professor Vijaya Sundararajan, Associate Professor Brian Le, Associate Professor Caroline Brand, Ms Anna Collins and Dr Sara Vogrin).*

Join Specialists in Palliative Care across the world. Be the first to hear latest content from the blog. Just enter your email below.

Be the first to hear latest content from the blog. Just enter your email below.

Join 17,604 other followers

Follow

Search





XIII RAPPORTO SULLA CONDIZIONE ASSISTENZIALE DEI MALATI ONCOLOGICI

L'assistenza ai malati neoplastici tra
oncologia, volontariato e cure palliative

11 dicembre 2021



In Italia ogni anno circa 370 mila cittadini sono colpiti dal cancro.

Attualmente, il 50% dei malati riesce a guarire, con o senza conseguenze invalidanti.

Dell'altro 50% (185.000) una buona parte si cronicizza, riuscendo a vivere più o meno a lungo.

Ma ciò non evita, ancora, per l'altra parte di questo 50% il passaggio attraverso una fase terminale di malattia

PRENDERSI CURA

Il dramma nel dramma

Ed i malati restano sostanzialmente “a carico” delle famiglie o in appoggio a Case di riposo, comincia per i caregiver familiari quella condizione che definisco un **“dramma nel dramma”** perché alla fine di un percorso doloroso perdono la loro identità sia individuale che professionale.



A photograph of two men sitting on a windowsill, facing each other in conversation. The man on the left is wearing an orange jacket and has his back to the camera. The man on the right is wearing a green patterned shirt and blue jeans, holding a book. The window behind them shows a blurred outdoor scene.

aiutare chi aiuta

I BISOGNI

DEI

CAREGIVER

E DELLE

FAMIGLIE

CHI E' IL CAREGIVER?

“L’accompagnamento è una faccenda di impegno e di amore.

Una faccenda innanzitutto umana.

Non ci si può trincerare dietro il camice del professionista, medico, infermiera, psicologo che sia”

MEDICINA NARRATIVA: “OLTRE I FATTI, IL VISSUTO”

La PAROLA

- **ha senso all'interno di un'alleanza;**
- **ha senso nell'accettazione delle differenze di pensiero e comportamento;**
- **nella ricerca di ciò che accomuna e non di quello che distingue.**

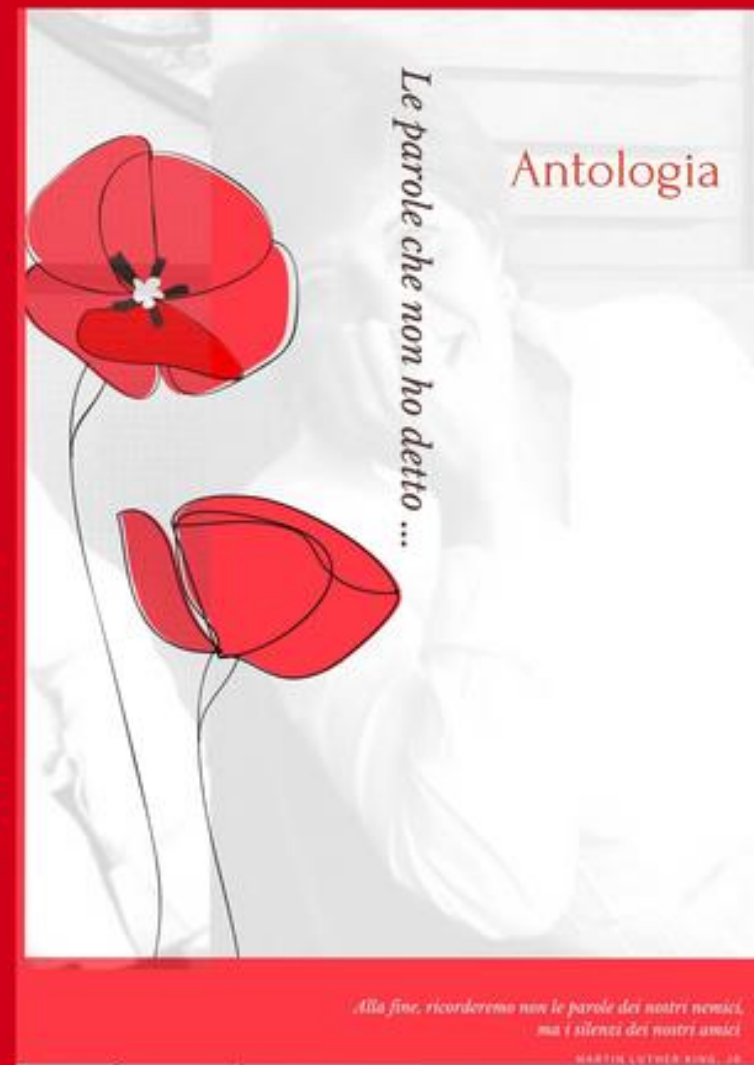
Senza irrigidirsi sui propri principi.

Nella relazione la “parola” ha un valore determinante!



Un coro di voci racconta la sofferenza che si nasconde dietro un addio. L'antologia raccoglie racconti e poesie legate al dramma della malattia vissuta sulla propria pelle o su quella di un proprio familiare. Le parole curano, alleviano e rendono un po' meno insopportabile il dolore, ma soprattutto, l'esperienza condivisa attraverso la narrazione può aiutare chi scrive, chi legge e chi in questo momento si trova ad affrontare la medesima sofferenza.

Le parole che non ho detto



Le parole non dette fanno più rumore di un temporale.

Lo abbiamo scritto chiaro in una delle prime pagine dell'antologia che custodisce i racconti e le poesie degli autori che hanno partecipato, da molte regioni d'Italia, al concorso letterario indetto dall'Associazione "Noi amici dell'Hospice e dell'Ospedale di Eboli".

Ciascun elaborato è stato letto e riletto una serie infinita di volte e, ogni volta, le lacrime andavano giù da sole.

Ma non è un dolore che si rinnova.

E', piuttosto, la presa di coscienza che nulla, più di una esperienza condivisa, possa alleviare e consolare chi scrive quanto chi legge.

Per noi oggi si realizza un sogno durato ben più di quasi due anni.

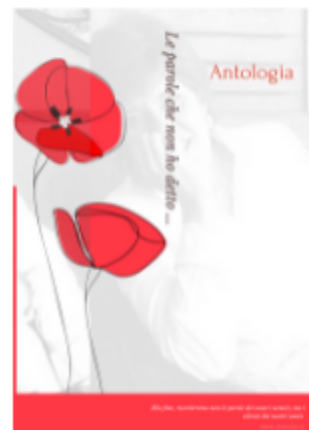
Avevamo immaginato molte volte di lanciarcì in una impresa simile, ma abbiamo sempre desistito perché presi da tutto ciò che accadeva intorno a noi.

Curare, Alleviare, Confortare. Questo fa la nostra associazione.





Programmi e progetti per migliorare la qualità della vita dei malati terminali e delle loro famiglie e sostenere le attività dell'hospice "Il giardino dei girasoli"



SEDE

necessaria per le nostre attività interne ed esterne



Obiettivo 2022:
Centro di ascolto TI ascoltiamo
mantenere standard anni precedenti per Ascolto, Accoglienza, Orientamento, Sostegno



Obiettivo da giugno 2020:
I Care: la rete per il caregiver
assistenza ai familiari dei malati oncologici



Obiettivo nov. 2021-ott. 2022
Servizio Civile Universale
realizzazione 2 progetti FAVO per i malati oncologici



Obiettivo da agosto 2021:
Menamò:
testata indipendente (Web e carta stampata)



"Progetto finanziato dalla Regione Campania con risorse statali del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali"
ID n° 288
Titolo del progetto: "SALUTE IN PIAZZA"

Obiettivo gennaio 2022 - gennaio 2023:
Progetto "Salute in piazza":
la prevenzione oncologica per gli indigenti e gli immigrati



Obiettivo da 2020:
Ambulatorio solidale:
per indigenti ed immigrati