



IL DOLORE NELLA PATOLOGIA E OLTRE

a cura del
Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliera dei Colli

*"... quando il dolore fisico
insostenibile logora insieme
con il corpo l'equilibrio morale
e psichico di chi ne è colpito,
degrada il suo contegno,
annienta la sua dignità..."*

Ognuno di noi ha vissuto l'esperienza del dolore, così come - credo - ognuno di noi si è trovato accanto a una persona che provava dolore. In quelle situazioni abbiamo forse pensato che il dolore fosse inevitabile, abbiamo però anche chiesto che il nostro dolore fosse alleviato, possibilmente con tempestività e abbiamo desiderato, di essere creduti, compresi, capiti e ascoltati dai medici che ci tenevano in cura. Se è vero che esiste un "dolore utile", rilevatore di sintomi e campanello d'allarme che può indicare la rottura di un equilibrio di benessere e di salute, esiste anche un "dolore inutile" che non aggiunge niente alla conoscenza della malattia o che può essere generato dalle stesse pratiche di cura. Questo dolore inutile, percepito come ingiusto ed evitabile, è il primo obiettivo-bersaglio dell'azione di quanti operano per garantire al paziente l'accesso ad un percorso terapeutico-assistenziale per ridurre e controllare il dolore. La terapia antalgica si è evoluta notevolmente per quanto riguarda le tecniche, i farmaci, l'approccio multidisciplinare delle pratiche. Oggi sedare il dolore non è più un problema tecnico ed è diventato un imperativo etico: divenire consapevoli del valore civile e sociale della lotta al dolore è uno dei compiti primari della medicina e delle strutture entro cui essa opera. Nel **"prendersi cura della persona"**, quest'Azienda assume su di sé anche il compito di combattere il dolore nei suoi vari aspetti, fisici e psicologici. Ogni servizio ha il compito di garantire il rispetto dei diritti che riguardano questi particolari malati. Affinché ciò possa avvenire, in modo trasversale e omogeneo, sono attivi Servizi e strumenti che garantiscono, all'interno delle diverse unità operative, uniformità di conoscenze e comportamenti, nonché assunzione di pratiche coerenti e condivise.

Questa pubblicazione testimonia l'impegno del Comitato Etico nello sviluppo di una cultura sul tema, attraverso le pagine di questo volume si intende far conoscere quali sono i diritti delle persone che provano dolore, informandole sull'organizzazione della rete di servizi sanitari e sociali dell'**Azienda Ospedaliera dei Colli** a sostegno di questi diritti e sulle azioni intraprese al fine di garantirne l'applicazione.

Questo volume, è anche un impegno per tutti i professionisti che lavorano in Azienda, affinché si realizzi il progetto di un **"ospedale senza dolore"**, che richiede innanzitutto l'ascolto e l'attenzione verso tutte quelle persone che a noi si affidano. Una corretta terapia antalgica migliora la qualità di vita del malato ed è parte integrante di ciò che una persona può e deve aspettarsi dalla medicina e dai servizi sanitari.

Il Direttore Generale
Dr. Antonio Giordano

i Quaderni di

deCOLLIamo

Direttore Generale **Antonio Giordano**
Direttore Amministrativo **Antonella Tropiano**
Direttore Sanitario **Nicola Silvestri**

PRESENTAZIONE

Per migliaia di anni l'umanità è sopravvissuta disponendo solo di cure palliative: il fuoco per riscaldare l'ipotermia dello shock, il vento e l'acqua per le alte temperature della febbre, le erbe magiche, la stregoneria nelle sue varie espressioni: l'obiettivo comune mirava a lenire le sofferenze della persona malata non potendo e non sapendo come intervenire sul suo corpo. Frequentemente la morte del malato si concludeva con la cremazione del corpo essendo la sopravvivenza riconosciuta alla sola anima. Nell'ultimo secolo del secondo millennio la scienza e la tecnologia hanno raggiunto livelli tali di perfezionamento e di concentrazione da poter pervenire alla conoscenza della gran parte delle malattie che colpiscono il genere umano e delle loro cure. Ecco che vien fuori l'esaltazione del corpo che diviene l'oggetto pressochè esclusivo dell'attenzione non solo della scienza ma anche della cultura generale. Il malato-persona diventa un oggetto sul quale esercitare l'arte medica trascurandone le ricadute psicologiche, le sofferenze, la partecipazione del sistema neurologico e dell'intelletto. L'esaltazione della ricerca scientifica raggiunge la vetta quando un "caso clinico" mostra livelli di originalità ed innovazione tali da meritare la sua pubblicazione su riviste internazionali di prestigio.

Ma nello stesso periodo e collateralmente la psicologia ha percorso un tragitto inverso entrando nel corpo attraverso la psiche ed anticipando la possibilità che il malato-persona possa e debba essere vissuto oltre la malattia.

Con l'inizio del terzo millennio si è verificata una progressiva maturazione interdisciplinare che ha concluso il suo iter con la legge n. 38 del 15 marzo 2010 del Parlamento Italiano "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". L'Azienda Ospedaliera dei Colli si è inserita da protagonista nello spirito della legge anticipandone alcuni contenuti con la creazione di un Centro per la Terapia del Dolore che si impegna a rispondere con scienza e strumentazioni adeguate a coloro che vivono il dolore come motivo primario di sofferenza.

Il Comitato Etico dell'Azienda ha espresso con voto unanime il desiderio di entrare nell'animo del corpo sanitario di competenza diffondendo l'invito a far propria questa nuova entusiasmante opportunità di un approccio al malato nel quale siano presenti calore umano e scienza medica. Con Aldo Masullo ho avuto il piacere di moderare nell'Aula Magna del CTO un vivace Seminario sul tema nel quale autorevoli esperti hanno portato prestigiosi contributi che, raccolti dalla Segreteria Scientifica, rappresentano il contenuto di questa prima edizione dei "Quaderni del Comitato Etico" che presento con grande piacere.

Prof. Maurizio Cotrufo
Presidente Comitato Etico

INDICE

Il dolore nella fase terminale dell'esistenza <i>(N. Silvestri)</i>	8
Carta dei diritti sul dolore <i>(N. Silvestri)</i>	14
Dolore e malattia come occasione di conoscenza di sé <i>(F. Marcuccio)</i>	18
Il dolore postoperatorio <i>(F. Chiumiento)</i>	22
Approccio fisiatrico al trattamento del dolore <i>(A. Cerciello)</i>	25
I farmaci della terapia del dolore: l'esperienza dell'Azienda dei Colli <i>(M. Galdo)</i>	30
L'unità del dolore all'Azienda dei Colli <i>(A. Corcione)</i>	35
I centri per la cura del dolore in Italia e in Campania <i>(A. Papa)</i>	40
I principi della legge 38/2010	47
Lotta contro il dolore: intervista al Prof. Antonio Corcione	51

Il dolore nella fase terminale dell'esistenza (N. Silvestri)

Il dolore umano è una condizione universale, coesistente all'uomo stesso. Esso costituisce un enigma, un dato difficile da interpretare, che ci pone di fronte all'irrisolto problema della presenza del male fisico nell'umanità e più in generale della misteriosità della condizione umana e della sua sostanziale drammaticità. Il dolore fisico è ampiamente diffuso nel mondo degli animali; solamente l'uomo, però, ne ha la consapevolezza.

Il dolore, infatti, il cui termine assume significati diversi rispetto al sistema etico ed al contesto storico-culturale in cui esso viene utilizzato, indica qualcosa di più passivo per l'uomo, essendo percepito sia nel corpo che nello spirito. Viceversa, la sofferenza nasce dalla consapevolezza e rappresenta la dimensione soggettiva, l'espressione della reazione del singolo al dolore, una riflessione della persona che implica il coinvolgimento di tutti i suoi atteggiamenti coscienti e liberi, sia in senso autoriflessivo sia come momento di comunicazione con gli altri. In altri termini, la sofferenza costituisce la dimensione soggettiva del dolore umano, inteso sia in senso fisico-medico come pure in senso spirituale e morale. La riflessione che segue verterà essenzialmente sul dolore dei malati inguaribili. Questa condizione inquieta noi tutti, ma l'inquietudine ci affligge in maniera diversa. Gli psicanalisti sono concordi nel ritenere che la paura del dolore sta dietro a molti comportamenti ed è responsabile di tanti stati d'animo.

Il malato terminale è diventato una sorta di rilevatore o codificatore sociale, un criterio di distinzione, un segno di contraddizione fra due mondi di socialità. C'è chi si avvicina ad esso dopo aver compreso in sé ed accettato la convivenza ed il confronto con il dolore e la morte e c'è, invece, chi fugge e si allontana. Una sintesi interiore, sia pur costruita con fatica ma conclusa con un'armonia, consente a molti di stabilire un rapporto positivo di vicinanza e di sostegno con questa realtà concreta e drammatica, e con la persona che la incarna.

Qui non si tratta più soltanto del "pensiero del dolore", che agisce a livello interiore della persona scuotendola dal torpore del quotidiano e dall'immanente; si tratta della persona sofferente, inguaribile, terminale, che impone una presa di posizione e chiede un atteggiamento esistenziale e concreto.

Le diverse reazioni sociali di fronte al malato possono essere distinte come di seguito. Coloro che hanno fatto pace con il dolore e la morte si sentono

portati ad aiutare chi concretamente si trova nel dolore e nella morte e si aprono al dialogo ed al servizio. E' il mondo dellacosiddetta solidarietà positiva, costituito da quanti, avendo accettato la propria croce dentro di sè, aiutano gli altri a portare la loro.

Accanto a questo mondo, però, se ne prospetta un altro, costituito da quanti fuggono di fronte al dolore, di fronte ad una vita irrimediabilmente compromessa, all'avvicinarsi della morte che, sotto gli occhi nostri, deturpa la figura umana del nostro simile o di un nostro congiunto. Questa fuga esteriore e sociale denuncia una fuga interiore. Essa sviluppa per una logica immanente, un'antisocialità ed anche, un potenziale distruttivo. Anzitutto, dentro lo stesso soggetto, viene ad instaurarsi un conflitto, un "non senso" nei confronti della vita, che, per quanto mascherato o distorto impedisce al soggetto stesso di autorealizzarsi in un "progetto di vita".

Ma all'eventuale effetto negativo, che si compie dentro il soggetto, si aggiunge un effetto, secondario diremmo in termini medici, ma grave, sul piano sociale. Colui che fugge la presenza della morte e del morente attiva dei meccanismi di difesa. Questi sono sostanzialmente due: quello ludico o evasivo e quello aggressivo. Il "divertimento" nella società del benessere non è più soltanto ricreazione, spesso è "voltarsi altrove" nel significato letterale del termine.

Il passaggio dunque dall'atteggiamento di fuga di carattere ludico al meccanismo aggressivo e soppressivo è breve: perchè in definitiva si ottiene la soppressione del dolore soltanto se si sopprime chi soffre o chi si pensa essere causa di sofferenza per noi. Di fronte al dolore e alla morte si attua una di queste due ipotesi: c'è chi, avendo compreso il valore di quella vita sofferente, risponde con una socialità positiva e si dimostra capace di aiutare e c'è chi, volendo fuggire e cancellare la sofferenza, abbandona il sofferente, o anche, ne consiglia la soppressione.

Questa spinta di socialità negativa ed uccisiva, motivata da ragioni economiche viene così denunciata anche da uno storico della medicina, il Franchini: "L'acquisizione dei mezzi terapeutici sofisticati ed idonei ad impedire all'uomo di morire per malattie fino a poco tempo fa mortali o addirittura incurabili. comporta un costo che ne impedisce la generalizzazione, per cui la società non può permettersi il lusso di sostenerlo, ed è anche per questo che amaramente si potrebbe dire che, quanto più progredisce la medicina, tanto più è difficile curare il malato. L'inevitabile conflitto tra

società e individuo porta al tragico momento di dover decidere quali pazienti devono essere lasciati morire” (cfr. Storia della Scienza, II, pag. 338-340). Si potrebbe allora trarre una seconda conclusione: la società del benessere è sul punto di pianificare la fuga della sofferenza con l’abbandono programmato di coloro la cui cura viene a pesare troppo sui benestanti. Occorre, tuttavia, capire perché avviene questa frattura etica fra due socialità contrapposte e come essa possa essere superata e risolta in senso positivo. E’ possibile riassumere in tre momenti la dinamica della vita etica in questi tre momenti, socialmente importanti per il maturarsi della solidarietà, tre momenti che si possono ritrovare nell’esperienza di ciascuno di noi. Essi si snodano nelle successive fasi di vita personale e che si ripropongono quotidianamente a ciascuno.

a) Nel primo momento, che definiremo adolescenziale, la vita etica si presenta come slancio della volontà verso gli altri, slancio accompagnato da entusiasmo, come se la volontà fosse spinta da una prorompente vocazione. Anche dentro gli intenti e i fini particolari si cerca e si assapora qualche cosa di più vasto; senza saperlo, si cerca il bene assoluto. Non che non vi siano sacrifici in questa stagione, nè mancano delusioni, ma il fiotto prorompente della volontà che spinge la vita in avanti, come un fiume che si scava il suo alveo, è più forte dei ciottoli che rotolano e degli anfratti che scava. In questo idillio l’individuo fa la scoperta della sua parentela con gli altri individui: gli altri individui sono come lui, gli altri individui vogliono e apprezzano le stesse cose, credono alle stesse idee. L’esperienza dell’amicizia, della famiglia, dell’amore propriamente detto, è amore alla persona, al di là delle sue idee, è amore alla vita. E’ l’etica teleologica, la ricerca e la sete del fine.

b) Presto, però, l’idillio finisce, il sogno si spezza, il fiume diventa sotterraneo. L’azione è inferiore al fine; tra l’azione e la vita si pone la valle del pianto, la montagna sassosa. La ragione scopre distanze, ed il pensiero stesso diventa una fatica.

E’ come se il fine si allontani, gli altri si scoprono come viventi per sè e non per me; la realtà si presenta aspra, si presenta come è in sè e non come la voglio per me. L’agire diventa un peso, la realtà è frantumata in oggetti, gli atti singoli si sentono staccati e sproporzionati al fine.

E’ la sproporzione tra l’azione e il fine, tra la sete e la lontananza della sorgente. E’ a questo punto che l’individuo imbecca la tentazione dell’inerzia, la tentazione della riduzione del fine ai fini particolari ed individualistici, la superbia

e l'egoismo chiudono il cerchio intorno al soggetto e lo rendono individualista e non più persona aperta. Non potendo raggiungere l'orizzonte, lo si nega e lo si rifiuta; interviene la tentazione della paura; la paura di lanciarsi nel mondo della società è come in un fiume infido. Vengono il riflusso e la crisi; giunge l'ora della ricerca del proprio benessere individualistico.

E' questa l'ora della ricerca del divertimento, del voltarsi da un'altra parte; si cerca di sopprimere la fatica e lo sforzo, si dà il via all'antisocialità, disponibile ad incrementare la logica della fuga e della soppressione del dolore. E' l'etica dell'abbandono del fine superindividuale.

c) Il terzo momento, che potremmo chiamare momento della maturità, è quello in cui giuoca appunto un ruolo determinante l'accettazione del dolore come valore e del valore come vita e come amore.

La scoperta del valore o dei valori è il momento più decisivo e creativo della vita etica, è anche il momento più impegnativo; il valore si radica nel bene, il bene è nell'essere profondo, nella vita delle persone soprattutto, nella loro grandezza interiore e trascendente.

Il valore dice relazione al bene, è il bene che assume un'attenzione di fronte ad un soggetto; il bene è l'essere, è l'essere quando è posto di fronte al desiderio. Ma se il valore è un bene da realizzare per la persona, è anche un bene che deve rompere le catene e la prigionia dell'egoismo, che chiama la persona a porsi in stato di responsabilità di fronte al reale, di fronte alle persone.

L'amore oblativo, è chiamato ad abbracciare il dolore e a trasformarlo in amore, non soltanto il dolore proprio, ma il dolore del mondo, perché il dolore è come l'amore: non esiste con un polo solo ma con due poli: il polo che ama ed il polo che si lascia amare; colui che desidera sollevare il dolore cerca dall'altra parte chiunque ha una croce e una sofferenza da portare. Così attraverso la scoperta del valore finisce la spensieratezza e finisce la disperazione.

A questo punto l'individuo si trascende, ed accetta di realizzare il valore con il dovere, liberamente, anche se faticosamente accettato. L'etica teleologica, quella del fine e della pienezza, entra in correlazione così con l'etica deontologica, quella del quotidiano dovere: tra l'una e l'altra c'è però il valore, la persona-valore.

Nel tornare ora ai malati incurabili occorre imboccare un cambiamento di cultura ed operare una nuova pedagogia nell'ambito di coloro che al problema pensano con interesse sincero.

La terza conclusione, pertanto, è che se da una parte è il pensiero della morte che aiuta a rendere autocritica la vita, d'altro canto sono i morenti che aiutano la socialità a maturare e aiutano la società al senso della solidarietà.

Il malato incurabile porta in sé il valore della vita che giunge al suo momento di maggiore impegno esistenziale, di maggiore rischio di destrutturazione psicologica oppure di apertura all'ultima maturazione. Da parte delle persone vicine al malato questo momento può e deve diventare catalizzatore della solidarietà intesa in senso positivo, dell'impegno etico maturo in cui l'amore al fratello si testimonia con il sacrificio e l'oblatività del servizio.

E' pur vero che per chi ha la fede nel valore del sacrificio redentivo di Cristo e del cristiano, chi ha la speranza nella resurrezione, per chi possiede la certezza che l'amore di Cristo è presente sia nel sofferente sia nel curante, esiste una forza infinitamente superiore ad ogni senso di solidarietà meramente umana; tuttavia è anche risaputo che chiunque ama l'uomo per quello che è, e non semplicemente per quello che serve, implicitamente afferma la trascendenza e postula il Trascendente.

A questo punto dobbiamo domandarci se non sia maggiore e più rilevante il beneficio che la società e gli operatori sanitari offrono al malato inguaribile rispetto al beneficio che i malati stessi, quelli inguaribili, in modo particolare, offrono alla società.

E' stato affermato che i malati possono essere nello stesso tempo oggetto e soggetto di cure: essere malati e, ciò nonostante, agenti di guarigione per gli altri. Agenti di guarigione essi lo sono rispetto alla peggiore delle malattie sociali: la mancanza di solidarietà, l'egoismo. Se si tiene conto, peraltro, che il malato inguaribile non ha più nulla da promettere alla società sul piano del tornaconto economico, esso richiede e stimola la gratuità, il dare un servizio fatto a nome semplicemente del valore della vita e della persona o, se si vuole, in nome e in vista di un valore superiore e redentivo.

Anche sul piano psicologico e morale il morente può dare molto, al di là della provocazione di proporzione alla ricchezza personale acquisita in vita, in rapporto all'esperienza di vita e alla lucidità di una coscienza, che non ha più compromessi e mezze verità da amministrare, il malato inguaribile può diventare cattedra, educatore.

Abbiamo oggi un patrimonio umano - quasi tre milioni si calcola in Italia - di volontari che spendono la loro attività vicino a casi emergenti di bisogno,

guadagnando in umanità e sottraendo accoliti al mondo del “divertimento” e della violenza.

Da ultimo mi preme sottolineare due istanze: 1) la prima è che il malato inguaribile ha innanzitutto bisogno di ascolto, considerazione e vicinanza. Anche quando non si riuscisse a fare di più che tenere stretta una mano sudata e sempre più fredda, anche quando non si riuscisse a fare altro che asciugare il sudore o sorvegliare la flebo, (tanto meglio se si può curare anche il dolore fisico), quello che si fa è solidale, divino.

2) L'altra considerazione è che, accanto alle testimonianze dei fatti, va compiuta un'opera di sostegno pedagogico, una chiarificazione culturale per tutti coloro che professionalmente sono chiamati a questo tipo di assistenza, per i volontari e per le famiglie e per la stessa società, se siamo convinti che oggi è anche la cultura che circonda il malato ad aver bisogno di cambiamento e di terapia. La riforma legislativa ed i programmi operativi non hanno vita o non hanno avvenire senza un'opera culturale.

L'ultima considerazione è che non siamo soltanto noi i benestanti, ad aiutare ed istruire i malati inguaribili e i morenti, ma sono essi ad istruirci sul senso ultimo della vita e sulla direzione da imprimere alla civiltà.

Carta dei diritti sul dolore inutile (N. Silvestri)

Il 15 marzo 2010 il Parlamento Italiano ha approvato la legge n. 38: “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”. Non soffrire, dunque, diventa un diritto per i cittadini italiani. Chi soffre di dolore acuto o cronico, chi si trova ad affrontare una patologia degenerativa o neoplastica ha diritto ad un percorso terapeutico-assistenziale per ridurre e controllare il dolore. La terapia del dolore è rivolta, oltre che ai pazienti affetti da patologie tumorali, soprattutto a quelle condizioni definite “benigne”, che rappresentano la gran parte delle patologie dolorose croniche, quali mal di schiena, mal di testa, dolori osteoarticolari e muscolari.

- 1. Diritto a non soffrire inutilmente**
- 2. Diritto al riconoscimento del dolore**
- 3. Diritto di accesso alle terapia del dolore**
- 4. Diritto ad un’assistenza qualificata**
- 5. Diritto ad una assistenza continua**
- 6. Diritto ad una scelta libera ed informata.**
- 7. Diritto del bambino dell’anziano e dei soggetti che non hanno voce**
- 8. Diritto a non provare dolore durante gli esami diagnostici invasivi e non.**

Questi principi incarnano a pieno titolo il tema dell’umanizzazione della medicina, argomento di grande attualità. Intorno ad esso ruotano numerosi provvedimenti legislativi e varie sono le posizioni culturali in merito. *Nessuna parafrasi del termine umanizzazione è più esauriente di quella che la definisce come disponibilità e capacità di avvicinarsi alla sofferenza.* Giova qui rilevare che, nel dialettico intrecciarsi degli eventi della vita, ogni uomo, prima o poi, inevitabilmente affronta lo stato di malattia come esperienza tangibile della condizione di fragilità dell’esistenza umana. L’incontro con la malattia crea uno stato di bisogno, di dipendenza e, conseguentemente, una domanda di aiuto, di comprensione, di solidarietà. Nella sua sofferenza, sia essa fisica che psichica, l’uomo rimane spesso un mistero intangibile. A volte il dolore rappresenta un diaframma invalicabile; spesso, però, esso diventa un ponte tra due persone: l’una (l’operatore sanitario) tesa, per sua formazione e finalità, a sconfiggere il dolore, l’altra (la persona ammalata) ad attendere, spesso con trepidazione, talora con disperazione, un gesto

di comprensione e di condivisione. Ecco allora che il dolore può diventare via alla scoperta della propria ed altrui umanità ed occasione per trovare, anche in un momento esistenziale così negativo, un significato, impensato e impensabile, per la propria esistenza.

In un'ottica antropologica aperta al mistero, la malattia, da evento che sembra privare il soggetto della propria consistenza personale, può diventare fulgido evento creativo, che scopre nello stato di indigenza, un bisogno non solo di interventi terapeutici, ma di "compassione" nella sofferenza e di condivisione nella lotta per la guarigione.

Si impone a questo punto una chiarificazione terminologica. Il dolore è sempre sintomo di origine fisica o psichica e rimanda allo stato morboso da cui il corpo è affetto; esso, però, non esaurisce il significato dell'umano patire. Il dolore fisico, nelle sue forme di lacerante insopportabilità, apre certamente alla percezione di quella profonda divisione da sé e dal proprio destino che è l'essenza dell'umano soffrire, ma non tocca ancora il cuore ultimo, per cui l'uomo si pone la domanda sulla sofferenza. "Il grande enigma della vita umana non è il dolore, ma la sofferenza", scriveva Simone Weil, indicando che *la sofferenza è l'altra faccia del desiderio del cuore umano nella sua divisione dal significato ultimo ed esauriente della vita*. Si soffre perché si desidera possedere in pienezza la vita, mentre si sperimenta inesorabilmente il senso di un limite invalicabile, la limitatezza di un'esistenza rivolta alla morte che sembra contraddire il desiderio di pienezza che abita nel profondo di ogni essere.

La sofferenza, che riguarda ognuno di noi, in quanto esseri con una profonda dimensione spirituale, dotati di pensieri, emozioni, affetti e legami interpersonali, è molto più ampia, complessa e deostruente del dolore. In un'ottica **biologistica ed immanentistica** il dolore e la sofferenza rappresentano due "entità", due condizioni negative da combattere, da evitare e da dimenticare il più presto possibile. In una **visione etico-religiosa**, invece, il dolore e la sofferenza hanno un significato positivo e portano l'uomo ad intraprendere un percorso difficile e faticoso che porta a dotare il dolore di significato. La sofferenza non può essere ridotta al problema clinico della ricostituzione del benessere fisiologico attraverso interventi farmacologici (i quali possono lenire il dolore, ma non tolgono la sofferenza come patimento per l'assenza di senso), ma essa costituisce una domanda radicale sul significato dell'essere al mondo. Troppo spesso prevale, invece, il mito di

una società materialistica, desiderosa di raggiungere una qualche forma di esistenza senza dolore o in cui il dolore sia un inconveniente dominabile: è l'immagine di un uomo dotato di un'integrità ben calcolata e passibile di una crescita assoluta, in cui il patire sia solo una questione di tecnica terapeutica e di organizzazione sociale del servizio, eliminando il fattore uomo che dà veramente senso alla stessa assistenza.

Ciò che una società materialistica non sa assolutamente produrre è una cultura della sofferenza, poiché cerca al massimo di eliminarla togliendo il dolore.

“Allorché questo corpo è profondamente malato, totalmente inabile e l'uomo è quasi incapace di vivere e di agire, tanto più si mettono in evidenza l'interiore maturità e grandezza spirituale, costituendo una commovente lezione per gli uomini sani e normali”: questa posizione permette di guardare la malattia con realismo e di comprendere che il malato chiede di poter ritrovare la sua dignità umana messa in crisi dalla debilitazione fisica (Giovanni Paolo II, Lettera apostolica Salvifici doloris, n.25).

E' in queste coordinate che si situa l'atto medico come agire terapeutico e riabilitativo, teso ad alleviare le sofferenze e a guarire ove è possibile. Ma se è vero che il bisogno di salute del paziente manifesta la comune radice dell'umana sofferenza e pone la domanda sul senso del soffrire anche ai sani, la vera assistenza non può limitarsi alla somministrazione di farmaci, ma si deve attuare nell'atteggiamento di umana accoglienza e gratuità. L'accoglienza è la dimensione originaria del rapporto interumano: come il Samaritano si è aperto al prossimo nella totale gratuità, così il medico o l'operatore sanitario è chiamato a vedere nel prossimo sofferente il segno della condizione umana.

Il primo atto terapeutico diventa così proprio l'accoglienza, che sostituisce ad un'antropologia dell'autopossesso l'antropologia della comunione, da cui nasce l'attitudine alla simpatia verso l'altro (“soffrire insieme”). La sofferenza, per quanto indicibile, chiede di poter essere accompagnata e vissuta nel dialogo operatore sanitario-paziente come reciproca testimonianza del valore che ambedue attribuiscono alla vita.

Il medico non è colui che possiede la chiave interpretativa della sofferenza del malato. Egli è piuttosto colui che mette a disposizione del sofferente talune sue capacità e conoscenze perché la vita abbia un senso più vero e

quindi anche il dolore fisico non sia disperante. Ciò implica un atteggiamento fondamentale di disponibilità e di condivisione dell'esperienza del paziente, capace di sovvenire al suo bisogno concreto di salute, anche se esso è solo un sintomo di un bisogno più profondo.

Il dolore non è soltanto del malato che si rivolge al medico, ma è anche quello della sua famiglia, di quanti lo amano e lo stimano, della comunità di cui fa parte.

Oggi si tende a realizzare un abbandono "burocratico" del malato. Tale abbandono matura all'ombra della crescente spersonalizzazione del rapporto medico-paziente, operatore sanitario-paziente: rapporto che non può nascere dalla semplice stesura di una cartella clinica, fosse anche la più scrupolosa e diligente, ma che si costruisce attraverso la disponibilità a ricevere e ad apprezzare la fiducia di cui il malato è sempre sincero tributario nei confronti dell'operatore sanitario.

In questa prospettiva, ognuno di noi ha come suo primo compito quello di inquadrare la propria professione nell'ambito di una precisa concezione del significato della vita. Non sempre l'operatore sanitario è in grado di affrontare in maniera sanante la malattia; sempre, invece può avvicinarsi al dolore, capirlo, dividerlo.

Dolore e malattia come occasione di conoscenza di sé (F. Marcuccio)

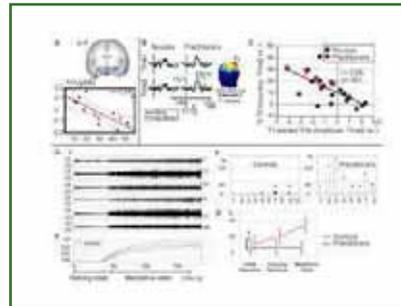
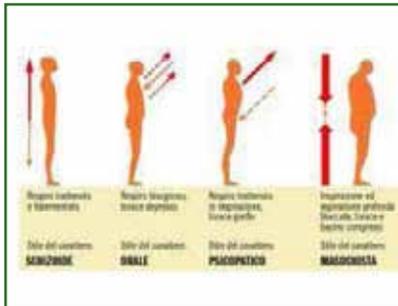
La farmacologia e l'attenzione della legge consentono ai medici, anzi li obbligano, a combattere la presenza del dolore fisico nei propri pazienti, con sempre maggiore successo. E' giusto sottolineare il diritto a non essere trafitti dal dolore, soprattutto quando questo ormai non è più neanche il sintomo che serva a far fare una diagnosi di malattia da cui poter guarire, ma diventa esso stesso una malattia cronica invalidante che può arrivare a spogliare l'uomo della propria dignità, della propria prospettiva d'azione e di realizzazione, tanto che come nel mito di Chirone l'unica soluzione accettabile sembri la morte: Chirone, centauro immortale, soffre per la ferita infertagli da Ercole tanto da barattare la sua immortalità con la mortalità di Prometeo.

Ma più che di diritto a non soffrire, io vorrei qui parlare del diritto che l'uomo ha di poter approfittare di un malanno che ne sposta la prospettiva da corpo vissuto, leib, a corpo oggettivo, k rper: il soggetto che ha un corpo sano non se ne accorge, vive e basta; quando compare un dolore, una malattia, quando si perde una funzione, si perde la naturalezza dell'esistenza, c'è qualcosa con cui dobbiamo fare i conti, qualcosa che ci ferma nel nostro fluire nel tempo. Direbbe il fenomenologo che il tempo è sempre perdita di qualcosa.

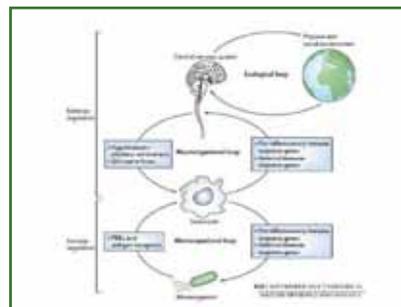
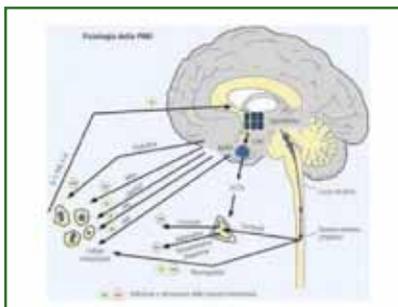


Parlo del diritto che l'uomo ha di potersi conoscere meglio utilizzando il linguaggio del corpo malato, così come Freud ha utilizzato sogni e lapsus e come Lacan ha parlato degli inciampi linguistici come modi con cui l'inconscio, quello che noi non conosciamo di noi, ma che ci muove molto più della nostra volontà cosciente, ha di venire a galla per farsi scoprire. Il corpo ci parla, con un linguaggio che necessita di traduzione, delle nostre emozioni bloccate nella consapevolezza, del nostro carattere, come Alexander Lowen ha descritto nella sua Bioenergetica, dei conflitti fra come siamo veramente e

come vorremmo essere. Siamo ormai al di là delle divisioni dualistiche, prima manichea bene-male, poi cartesiana corpo-mente; siamo nell'epoca della relatività einsteiniana in cui l'energia è materia esplosa alla velocità della luce, sono una convertibile nell'altra, sono la stessa cosa. Così anche corpo e mente non sono separate, ma la mente modifica il corpo e il corpo può dare voce ad una mente che non ha ancora trovato le parole per raccontarsi.



Di come il corpo dolorante possa modificare il pensiero dei pensanti abbiamo già parlato all'inizio, ma anche la mente influenza il corpo modificandone la biochimica. Il neuro scienziato americano Richard Davidson in accordo col Dalai Lama ha compiuto lavori utilizzando la risonanza magnetica funzionale ed ha dimostrato che i monaci meditatori da oltre 40 anni hanno sviluppato una parte del cervello nella zona frontale che è in grado, quando viene stimolata, di produrre sentimenti di serenità, ed anche in presenza di situazioni avverse il vissuto di queste persone può essere più sereno; è dimostrato che chi vive situazioni stressanti aumenta la produzione di cortisolo il che può produrre diabete, obesità, ipertensione e abbassamento delle difese immunitarie. C'è una scienza occidentale che oggi studia proprio queste dinamiche, anche dal punto di vista biologico e biochimico: si chiama psico-neuro-endocrino-immunologia, PNEI.



Ed ora veniamo al punto della relazione in cui posso dare un contributo di esperienza diretta, per questi trenta anni di professione in cui mi sono occupata della cura e non solo della terapia da somministrare ad un paziente. Quando per un incidente, una frattura, una distorsione, un dolore alla cervicale o alla schiena, o perché non può più muovere per il dolore una parte del corpo, un soggetto traumatizzato si rivolge ad un medico chiede una soluzione farmacologica o fisioterapica per la risoluzione della sintomatologia. Compito del medico non è certamente quello di sottoporre il paziente ad una seduta di psicoterapia non richiesta, ma di aiutarlo a comprendere quanto la guarigione sia qualcosa per la quale egli stesso possa diventare attore principale, se riesce ad individuare e a dare parola ai dolori vissuti in parallelo a quello fisico. E' sottintesa e si dà per scontata la capacità e perizia professionale di fare una corretta diagnosi ed impostare una corretta terapia farmacologica e riabilitativa. Anzi proprio il fatto di essere un buon clinico aumenta la fiducia e l'alleanza terapeutica con il paziente. Quando ero più giovane ed affamata di soluzioni certe, avevo cercato di attribuire ad ogni localizzazione corporea del dolore un significato da rivelare al paziente, in quella visione meccanicistica di causa effetto cui mi avevano abituato gli studi di medicina: avere una tecnica, differente, ma una tecnica. Sono occorsi altri studi per trasformare la mia ricerca di significati in ricerca di senso: il senso è personale legato al proprio vissuto, lo scorrere del tempo è completamente diverso per una persona che soffre. I significati di un tempo li ho trasformati in significanti, in elementi a partire dai quali il paziente inizia a parlare in una catena di rimandi, una parola, un concetto lo rimanda ad altri e così via, fino ad arrivare a far liquefare, spesso col pianto, a sciogliere dentro di sé le emozioni ad essa collegate e sicuramente più dolorose da affrontare anche rispetto al dolore del corpo. Portare con tenerezza il paziente al riconoscimento dell'esistenza di un dolore profondo e nascosto crea subito una alleanza terapeutica su più registri, grazie anche alla comprensione affettuosa e non giudicante da cui il soggetto si sente circondato, c'è l'altro che lo capisce e gli permette di capirsi; questo a volte conduce alla risoluzione immediata del dolore fisico, altre volte ad un miglioramento che richiede sedute successive con tecniche di rilassamento e fisioterapia e comunque ad una riduzione della quantità di farmaci necessari per sopprimere il dolore.

Le emozioni più frequentemente celate sono rabbia, senso di impotenza, paura di amare perché si è troppo sofferto per amore, per lutti subiti o per abbandoni, sensi di colpa per un'educazione moralistica in cui il piacere è peccato, disposizioni caratteriali ad essere troppo intransigenti con se stessi

o a farsi carico di tutti i problemi del mondo. Soltanto quando le emozioni e i sentimenti, anche quelli difficili da accettare, vengono ascoltati, riconosciuti, nominati, è possibile trasformarli in risorse; se invece si diffida di essi e si tenta di tacitarli e di escluderli, rischiano di manifestarsi in maniera inconsapevole, perversa, distorta, e spesso dannosa per il corpo o all'interno delle relazioni e anche dei contesti professionali. Questo ovviamente vale anche per i curanti che devono fare su di loro un lavoro per evitare sopraffazioni, negazioni o collusioni, cioè eccessive immedesimazioni nelle difficoltà dell'altro che non aiutano ma danneggiano.

Nel tempo della ragion tecnica, i sentimenti e le passioni sono generalmente intesi come elementi di "disturbo" della razionalità e del pensiero logico. Spesso sono ridicolizzati. Sono ritenuti addirittura pericolosi per la scienza, la filosofia, la razionalità. Perciò sono ancora estromessi, negati, considerati un errore e una scorrettezza nelle pratiche educative, sociali, sanitarie.

Per chi invece ha concreta esperienza vissuta dell'aver cura, la vita emotiva si svela in modo repentino, creando un prima ed un dopo di un cambiamento di paradigma, ed evidenzia domande irrisolte, angoli oscuri, ma anche consapevolezza nuove e possibilità di offrire risposte autentiche. Poiché dare un senso è un processo sempre complesso, gli operatori sono tentati dal desiderio di indossare le maschere del distacco, perché è difficile sapersi mantenere nella disponibilità e nell'apertura a esserci, nella relazione con un sofferente. Ma pensare e sentire non si possono separare. Chi non riesce a sentire non può neanche pensare in modo oggettivo, perché lascia fuori troppa sostanza.

E a proposito del fatto che, come diceva Popper nessuno può pensare di possedere la scienza esatta e che si procede nella ricerca per prove ed errori, chiudo con un pensiero di Albert Einstein che sottolinea come: "Nel campo di coloro che cercano la verità non esiste autorità umana; e chiunque tenti di fare il magistrato viene travolto dalle risate degli dei".



Il Dolore Postoperatorio (F. Chiumiento)

Che cosa è il **DOLORE**: Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed *emozionale* associata ad un danno tessutale reale o potenziale e descritta in termini di tale danno.

Non si tratta dunque di una semplice percezione, ma di una complessa esperienza sensoriale che si concretizza in una “emozione”. Per la sua sgradevolezza, l’emozione dolore non può essere ignorata ed

induce il soggetto che la prova ad evitare gli stimoli (nocivi) che ne sono responsabili.

Il dolore acuto è la normale, fisiologica risposta ad uno stimolo lesivo chimico, termico o meccanico.... derivante da traumi, interventi chirurgici o malattie.

Nello specifico, il dolore postoperatorio può essere definito “... un dolore acuto presente nel paziente chirurgico per malattia preesistente, per l’intervento chirurgico o per combinazione tra malattia preesistente e procedura chirurgica utilizzata” (*American Society of Anaesthesiology, 2005*).

Più del 75 % dei pazienti operati soffre di un dolore di intensità moderato grave nel periodo post-operatorio. (Sinatra 1998). Esso molto spesso viene sottostimato per varie ragioni:

- **Non conoscenza dei danni conseguenti**
- **Scarsa conoscenza dei dosaggi efficaci e della durata d’azione degli analgesici**
- **Paura di depressione respiratoria e di assuefazione da oppioidi**
- **Scarsa padronanza tecniche soppressione del dolore**
- **Mancanza di personale “educato” al problema.**

Eppure il trattamento adeguato del dolore postoperatorio, oltre alle implicazioni etiche e morali (“Mission” SIAARTI: Pro vita contra dolorem semper), ha dei risvolti importanti anche dal punto di vista gestionale (riduzione delle giornate di degenza postoperatoria) e soprattutto clinico (diminuzione della morbilità postoperatoria legata alle complicanze da inadeguato trattamento del dolore: complicanze respiratorie, cardiovascolari, gastrointestinali, genitourinari, neuroendocrine e metaboliche).

Vari fattori influenzano il dolore postoperatorio:

FATTORI LEGATI AL PAZIENTE

- **Sede e tipo dell'intervento**
- **Fattori psicologici del paziente**
- **Età, sesso, grado di istruzione**
- **Malattie concomitanti**
- **Fattori socioculturali, credenze religiose, personalità, ansia/depressione, modelli cognitivi e comportamentali di apprendimento, esperienze precedenti**

FATTORI LEGATI ALL'AMBIENTE

- **Informazione pre-operatoria e preparazione**
- **Staff medico-infermieristico ed il suo rapporto con il paziente**
- **Riabilitazione e mobilizzazione precoce**
- **Presenza di elementi di sostegno dell'autonomia del paziente**

La stessa percezione del dolore varia da paziente a paziente per alcune condizioni che possono generare

DEPRESSIONE: perdita ruolo sociale, prestigio lavorativa e guadagno. Perdita ruolo in famiglia, senso di abbandono, alterazioni dell' aspetto

RABBIA: difficoltà burocratiche, ritardi nelle diagnosi, medici irreperibili, insufficienza terapeutica

ANSIA: paura dell'ospedale o del ricovero, preoccupazione per la famiglia, paura della morte, paura del dolore, perdita della dignità e del controllo del proprio corpo, problemi finanziari, incertezza riguardo il proprio futuro.

Tutto ciò determina molto spesso stati di **“DOLORE GLOBALE – TOTALE”**

La complessità del dolore postoperatorio impone un trattamento ottimale che faciliti l'outcome dei pazienti ed eviti (per quanto possibile) gli effetti collaterali indotti dai farmaci analgesici, con un adeguato rapporto costo/beneficio.

I farmaci attualmente disponibili per il trattamento del dolore post-operatorio sono

- **FANS**
- **Opiacei**
- **Anestetici locali**

Ma un efficace trattamento del dolore postoperatorio richiede un approccio multimodale, non esclusivamente farmacologico, ed una adeguata formazione ed organizzazione delle risorse umane che garantisca un:

- **Trattamento chirurgico moderno ed adeguato alla patologia di cui è affetto il paziente (preferire dove possibile tecniche mini invasive)**
- **Pianificazione adeguata del piano e delle metodiche di anestesia**
- **L'utilizzo di tecniche di analgesia postoperatorie "moderne" (Analgesia preemptive; Analgesia multimodale), prescritte in cartella clinica, abolendo l'analgesia "al bisogno"**
- **Controllare e considerare il dolore alla stregua degli altri parametri vitali**
- **Dare una adeguata informazione al paziente**
- **Riabilitazione precoce, lì dove necessaria**
- **Prevenzione delle sindromi dolorose croniche come sequele postoperatorie**
- **Cura degli altri aspetti clinici e gestionali (nutrizione, prevenzione delle infezioni nosocomiali, prevenzione delle lesioni da decubito, ecc.).**

Approccio fisiatrico al trattamento del dolore (A. Ceriello)

Il concetto di dolore ha subito, nel corso dello svolgersi della storia dell'uomo, profondi cambiamenti.

La definizione di Cartesio: *“Il dolore è un campanello di allarme che avverte l'anima di un pericolo imminente”* assegnò una finalità biologica al dolore e consolidò la divisione tra *“Res cogitans”* e *“Res extensa”* introdotta da Platone.

Questa divisione ha portato una lacerazione nella concezione di **UOMO** inteso come unità inscindibile di corpo e anima e, separato dalla mente, questo è stato studiato come un insieme di parti senza interiorità, abbiamo cioè curato un corpo che aveva un male e non un uomo che sentiva dolore. Il pensiero bio-medico ha limitato la sua capacità di valutare fenomeni non misurabili con strumenti meccanici come il dolore ma anche come la capacità del cervello di percepire colori, suoni, odori, gusti, la sensazione di bellezza, armonia, ritmo e così via; sono proprio queste specificità, però, a differenziare l'uomo dall'essere vivente non-uomo e così si è consolidato il dualismo tra anima e corpo, tra spirito e materia che oggi tutte le discipline, dalla biologia alla psicologia, dall'antropologia alla sociologia, dalla teologia alla medicina si sforzano di colmare. L'OMS e lo IASP (Associazione internazionale per lo studio del dolore) hanno definito il dolore come: *“...un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno... Sicuramente si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una carica emozionale.”* In questa maniera si è finalmente ricomposto il dualismo generato da Cartesio ed il medico ha potuto tenere fede al giuramento professionale che gli impone di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza...

Nella pratica clinica si deve distinguere il dolore acuto dal dolore cronico. Il dolore acuto è finalizzato ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi o potenzialmente tali nell'ambiente o nell'organismo stesso. E' quindi un dolore utile che indirizza il medico verso una corretta diagnosi permettendogli così di instaurare la terapia causale.

Il dolore cronico diventa tale se:

- **la condizione patologica che lo ha causato non è risolvibile;**
- **persiste nel tempo, oltre sei mesi dopo la guarigione della patologia che lo ha provocato;**

- **la sua presenza continua instaura un circolo vizioso di depressione, ansia e altri disturbi emotivi che fanno diventare il dolore una sindrome autonoma tanto che oggi si parla di *Malattia dolore*.**

Come recita l'OMS questo tipo di dolore è un sintomo inutile e va trattato nel modo più completo e tempestivo possibile in quanto non rappresenta solo un'estensione temporale del dolore acuto ma, assumendo caratteristiche qualitative completamente diverse, necessita di un approccio mentale, culturale e professionale completamente diverso.

Il fisiatra, forse più di qualsiasi altro specialista medico, ha fatto sua la definizione aristotelica di biologia come studio del vivente e più di tutti è cosciente di come le informazioni dell'ambiente esterno, la loro percezione, determinino lo sviluppo delle conoscenze e che le conoscenze stesse sono condizioni fisiche dell'esistenza. Il dolore quindi deve essere considerato come un'esperienza della persona che, negando la conoscenza, limita l'apprendimento e dal momento che il processo riabilitativo è un processo di apprendimento, il dolore ne impedisce di fatto l'applicazione.

Il fisiatra quindi ha nel suo ruolo di riabilitatore il dovere di combattere il dolore e per farlo utilizza mezzi fisici e metodiche riabilitative che agiscono a vari livelli della "via del dolore" e consentono un minore impiego di farmaci. Da ciò deriva un innegabile vantaggio per il paziente dal momento che tali metodiche presentano, sicuramente, meno effetti collaterali e meno controindicazioni rispetto ai farmaci. Dal momento, però, che esse pure esistono, richiedono un'applicazione rigorosa e professionale.

L'Unità operativa complessa di Recupero e Rieducazione funzionale, appartenente al dipartimento orto-neuro-motorio dell'A.O.R.N. Ospedali dei Colli, nella sua attività di degenza ordinaria e day hospital riabilitativo ricovera pazienti trattati chirurgicamente con impianto di protesi totale di anca e di ginocchio o con impianti di revisione di protesi di anca o ginocchio e pazienti provenienti dalla Stroke Unit della stessa azienda ed affetti da emiparesi o emiplegia.

Il team riabilitativo prende in carico in maniera globale il paziente e, dopo un'accurata anamnesi patologica, sociale ed ambientale ed un esame obiettivo che valuta l'organo e la funzione, redige un progetto riabilitativo personalizzato individuando obiettivi a breve, medio e lungo termine e formulando, in un lavoro di equipe multidisciplinare, il programma riabilitativo per ciascun singolo paziente. La legge 38 del 2010 ha introdotto l'uso di

scaie per misurare il dolore rendendo obbligatorio per il personale sanitario la registrazione in cartella clinica delle caratteristiche del dolore e la sua evoluzione nel corso del ricovero specificando la tecnica antalgica e la terapia farmacologica usata, con i relativi dosaggi, ed il risultato antalgico ottenuto.

I nostri pazienti ortopedici soffrono spesso di un dolore acuto di tipo post-chirurgico che risponde molto bene a metodiche riabilitative di tipo cognitivo, esercizi di rieducazione posturale associati a tonificazione muscolare analitica e globale, stretching della muscolatura antagonista, training deambulatorio con ausilli, applicazione di crioterapia, elettrostimolazione, campi magnetici ed esercizi di rieducazione motoria in acqua. Tali terapie vengono cominciate subito dopo l'intervento chirurgico nel reparto di ortopedia di provenienza e proseguite in regime di degenza ordinaria nel reparto di Recupero e Rieducazione funzionale. Appena le condizioni cliniche si stabilizzano ed il paziente acquisisce una mobilità sufficiente, questi viene trasferito in day hospital dove continua il suo programma di rieducazione di tipo intensivo che prosegue in ambulatorio. Quando la cicatrizzazione dei tessuti molli lo permette e la coordinazione e l'autonomia del paziente offrono sufficienti garanzie di sicurezza, il paziente viene inserito in piscina riabilitativa dove conclude, perfezionandolo, il suo percorso verso la completa guarigione.

I pazienti emiplegici invece vanno spesso incontro ad una condizione che viene definita "spalla dolorosa dell'emiplegico" la cui etiopatogenesi è solo in parte riconosciuta: un'lesione della cuffia dei rotatori, l'insufficienza muscolare della fase di plegia flaccida, la spasticità, il dolore di origine centrale, la distrofia simpatica riflessa e, non ultime, errate manovre di nursing da parte dei care-giver. Il trattamento riabilitativo di questo tipo di condizione si avvale dell'utilizzo di tutori, dell'esercizio terapeutico cognitivo, di esercizi di neurofacilitazione secondo Bobath, di crioterapia e delle TENS.

Il paziente affetto da dolore cronico spesso viene visto dal fisiatra in ambulatorio. A seconda della sua natura il dolore cronico si distingue in:

- **nocicettivo;**
- **neuropatico;**
- **idiopatico.**

Il dolore nocicettivo è un dolore cosiddetto fisiologico: i nocicettori sono terminazioni nervose periferiche appositamente destinate alla rilevazione di insulti e danni tissutali che, una volta attivati, trasmettono

l'impulso alle strutture centrali. Questo dolore è sempre collegato all'entità del danno tissutale, è localizzato e descritto come urente o penetrante, se di origine somatica, o sordo o crampiforme se di natura viscerale. Questo tipo di dolore è sensibile a tutti i farmaci più comunemente usati e risponde bene anche ai mezzi fisici tradizionalmente usati in fisioterapia: le correnti TENS, la laserterapia, la magnetoterapia, le onde d'urto e la tecarterapia.

L'elettroanalgesia TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation) sfrutta correnti a bassa frequenza e di forma rettangolare che vengono somministrate mediante elettrodi transcutanei applicati sui trigger points e sull'area bersaglio. Normalmente sono necessarie 1 o 2 cicli per ottenere l'effetto antalgico desiderato.

La laserterapia (Light amplification by stimulated emission of radiation) agisce stimolando la microvascolarizzazione con conseguente azione antiflogistica, antiedemigena e bio-stimolante; ha inoltre effetto iperpolarizzante le membrane nervose con conseguente innalzamento della soglia del dolore. Causa anche un aumento del drenaggio linfatico e incrementa i processi metabolici.

La magnetoterapia consiste nell'applicazione a scopo terapeutico di un campo prevalentemente magnetico originato da frequenze basse o alte. Ha il potere di rigenerare le cellule lese migliorando la cinetica enzimatica e ripolarizzare le membrane cellulari. Inoltre promuove un'accelerazione di tutti i fenomeni riparatori con una netta azione biorigenerante, antinfiammatoria, antiedematosa ed antalgica per cui riduce i tempi di consolidazione ossea.

La terapia con onde d'urto sfrutta onde acustiche ad alta energia che possono essere indotte da un generatore di tipo elettroidraulico o elettromagnetico o di tipo piezoelettrico. L'onda d'urto ha un effetto diretto sul tessuto nella zona focale, che si fa più accentuato nei punti di passaggio tra tessuti con caratteristiche fisiche diverse; vi è inoltre un effetto indiretto di cavitazione, legato alla depressione che segue l'impulso, che eccede le caratteristiche elastiche del tessuto. Ciò determina una sorta di apertura degli sfinteri capillari a cui consegue una capillarizzazione locale con vascologenesi nella zona colpita dall'onda d'urto. A livello di tessuto osseo, poi, sembra prodursi un effetto di stimolazione osteogenetica. Si ha quindi una rimozione

dei fattori infiammatori abbinata a rilascio di sostanze chimiche in grado di sopprimere il dolore: ciò è particolarmente efficace nelle zone di transizione tra tessuti a bassa ed alta densità, cioè al passaggio tra tessuti molli (tendini, muscoli) e tessuti più compatti (ossa, formazioni calcifiche).

La tecarterapia (Trasferimento energetico capacitivo resistivo) richiama le cariche elettriche naturali da tutto il corpo, aumentando i processi metabolici cellulari e ripristinando la fisiologia tissutale mediante la combinazione di due meccanismi: l'ipertermia profonda e l'innalzamento del potenziale energetico delle membrane cellulari. Ai mezzi fisici su elencati, di cui bisogna sempre tener presente - come ci insegna la nostra grande esperienza- le precipue controindicazioni, vanno sempre associate le metodiche riabilitative specifiche per ogni patologia che sono spesso determinanti;

Il dolore neuropatico è caratterizzato da danno o disfunzione del tessuto nervoso, periferico o centrale, che provoca stimolazioni nervose, croniche ed automantenentesi, che esitano in alterazioni della risposta dei neuroni del sistema somatosensoriale centrale o periferico. Il controllo di questo tipo di dolore è più difficile.

Il dolore idiopatico è un dolore la cui origine non è riconosciuta ed il cui livello non corrisponde ad una lesione organica sufficiente a determinarlo. Il rischio di cadere nella banalizzazione del sintomo e di classificarlo come somatizzazione di un disturbo psicologico è alto. Il paziente che soffre ha sempre il diritto di trovare davanti a se uno specialista preparato la cui professionalità sia in grado di porre una corretta diagnosi e proporre una terapia adeguata. E' esperienza di qualsiasi medico che abbia guardato negli occhi il suo paziente, che la componente psicologica è sempre presente e che ogni malato merita un approccio terapeutico globale.

In conclusione il lavoro di equipe del team riabilitativo, partendo da un'anamnesi accurata, stila un programma riabilitativo personalizzato per ogni paziente. Il fisiatra può portare il suo contributo nella gestione di alcuni tipi di dolore cronico anche con l'utilizzo di metodiche riabilitative e mezzi fisici che permettono di ridurre l'utilizzo di farmaci ed esporre così il malato ad un minor numero di effetti collaterali.

Bibliografia: *S. Brent Brotzman – Kevin E. Wilk: La riabilitazione in ortopedia – Edizioni Dompé G. Guida – C. Bertolini: Le diverse componenti del dolore – Il pensiero scientifico editore Randall L. Braddom: Medicina fisica e Riabilitazione – Antonio Delfino Editore EMC - Encyclopédie Medico-Chirurgicale: Medicina Riabilitativa – Edizioni Mediche Cappa*

I farmaci della terapia del dolore: l'esperienza dell'Azienda dei Colli

(M. Galdo)

Introduzione

la **legge n. 38/2010**: “*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*” modifica il Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (DPR 309 del 1990), semplificando la prescrizione dei farmaci oppiacei non iniettabili. Ai medici del Servizio Sanitario Nazionale, per facilitare l'accesso alle cure da parte degli stessi medici, dei farmacisti, ma soprattutto pazienti, sarà consentito prescrivere tale classe di farmaci non più su ricettari speciali, ma utilizzando il semplice ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.

La **legge n. 38/2010** è da considerarsi una legge innovativa, in quanto, nella nostra giurisprudenza, per la prima volta si tutela e si garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA), al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia del paziente, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. Nello specifico l'articolo 10 riporta le “*Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore*”. La legge definisce *terapia del dolore*: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici, volti a individuare e applicare alle forme morbose e croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di *elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore (PDT)*. Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore, come l' “Azienda Ospedaliera dei Colli”- Monaldi, assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell'autonomia del malato senza alcuna discriminazione, della tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine e dell'adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia .

I PDT sono piani interdisciplinari di cura creati per rispondere ai bisogni complessi di salute del cittadino, dal 2010/2011 è operativo nell'Azienda dei Colli un Percorso Diagnostico-Terapeutico per la Terapia del Dolore, che

identifica l'insieme di interventi clinico-chirurgico, diagnostici e riabilitative terapeutici, volti a individuare e applicare alle forme morbose e croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, strumentali, etc.

Distribuzione Diretta dei farmaci

U.O.C. Farmacia Presidio "V. Monaldi" svolge attività di distribuzione del primo ciclo di terapia alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale direttamente ai pazienti per facilitarne la continuità ospedale-territorio (legge 405/2001), inoltre distribuisce ai pazienti i farmaci prescritti dagli specialisti ospedalieri per le terapie domiciliari. Il periodo necessario è stabilito dal medico nel rispetto comunque dei limiti fissati dalla normativa vigente che stabilisce una durata di terapia non superiore ai 30 giorni (RNR- TAB II sez D F.U.). Il medico del reparto effettua la prescrizione, sulla quale vengono riportati : il codice fiscale del paziente, il codice del reparto, la specialità prescritta, la quantità di farmaco da erogare, il timbro e la firma del medico, la data di compilazione ed eventuali note AIFA. Il farmaco viene distribuito al paziente stesso, o ad un suo delegato, presentando la prescrizione direttamente al farmacista il giorno della dimissione dal ricovero, o nei giorni di visita ambulatoriale. Il farmacista ha il compito specifico di dispensare le terapie, di fornire tutte le informazioni relative a modalità di assunzione, posologia, avvertenze e controindicazioni. I farmaci distribuiti sono i medicinali di classe A (concedibili dal SSN) erogati esclusivamente a pazienti in dimissione ospedaliera o dopo visita specialistica residenti in regione, con nota AIFA B6, *"limitatamente ai pazienti affetti da dolore moderato in corso di patologia neoplastica o degenerativa secondo le modalità prescrittive della legge 12/2001 e sulla base delle eventuali disposizioni regionali"*. In particolare nella tabella sottostante sono riportati tutti i principi attivi, relativi alla terapia del dolore, distribuiti dalla U.O.C. Farmacia Presidio Monaldi:

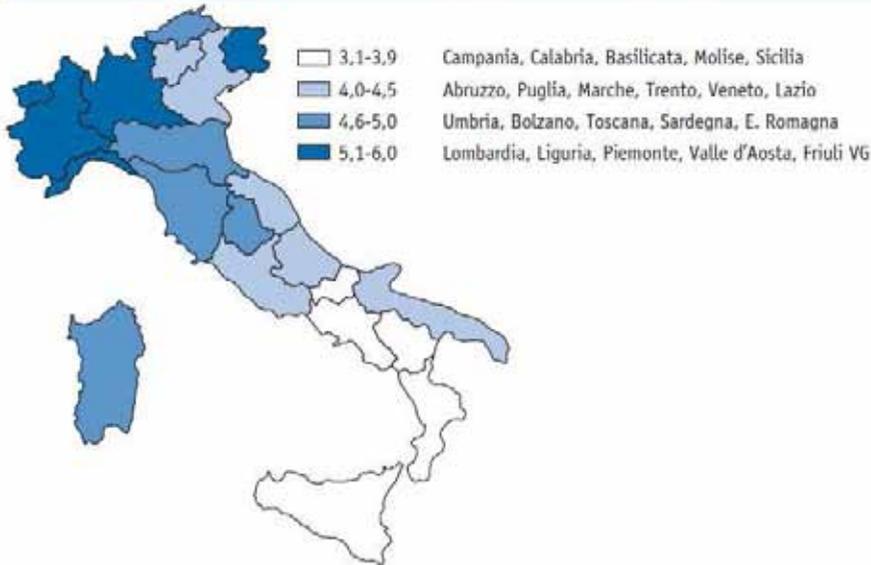
FARMACI	VIE DI SOMMINISTRAZIONE	INDICAZIONE
Idromorfone	os/p	Trattamento del dolore cronico severo
Morfina	os/p	Trattamento del dolore cronico severo
Ossicodone	os	Efficace nel controllo del dolore severo
Ossicodone+naloxone	os	Efficace nel controllo: del dolore correlato al cancro, del dolore postoperatorio, del dolore muscolo-scheletrico, del low back pain, della nevralgia postoperatoria, della neuropatia diabetica di intensità da moderata a severa
Ossicodone+paracetamolo	os	Efficace nel controllo: del dolore correlato al cancro, del dolore postoperatorio, del dolore muscolo-scheletrico, del low back pain, della nevralgia postoperatoria, della neuropatia diabetica di intensità da moderata a severa
Lidocaina 5%	td	Efficace nel controllo del dolore
Tapendalolo	os	Trattamento del dolore cronico severo
Fentanil	os/td/sl/muc/spray/geng*	Breakthrough pain (dolore episodico intenso)

I farmaci inseriti nel Prontuario farmaceutico dell'ospedale Monaldi, garantiscono al paziente la migliore scelta terapeutica in quanto vengono messi a disposizione del clinico non solo tutti i principi attivi utilizzabili ma anche le diverse formulazioni (transdermici, mucosali, gengivali e spray nasali) , alcune di alta tecnologia farmaceutica; infatti, per effettuare prescrizioni altamente personalizzate, la scelta terapeutica dello specialista ricade non solo sul principio attivo ritenuto più idoneo alla cura del dolore ma anche sulla formulazione farmaceutica che meglio garantisce la “compliance” del paziente; la totale aderenza alla terapia è garanzia del miglior risultato terapeutico.

Dati

Il rapporto OSMED del 2011, figura sottostante, ci mostra chiaramente come la distribuzione del consumo territoriale nelle regioni del nord sia maggiore rispetto a quella delle regioni del sud Italia.

Figura C.10b
*Farmaci per il dolore, distribuzione in quartili del consumo territoriale 2011
di classe A-SSN (DDD/1000 ab die pesate)*



Ci muoviamo, quindi, in uno scenario in cui la reticenza verso i farmaci della Terapia del Dolore è ancora presente, sia da parte dei medici in relazione alla prescrizione, sia da parte dei pazienti in relazione all'aderenza, intesa come libera accettazione del trattamento e partecipazione attiva allo stesso, e alla persistenza della terapia, intesa come continuità di utilizzo del farmaco nel tempo. L'adeguamento del paziente alla prescrizione della terapia fatta dal suo medico è fondamentale per la riuscita del trattamento farmacologico del dolore.

L'esperienza della U.O.C. Farmacia Presidio "V.Monaldi" ci mostra come lo scenario si sia evoluto ed armonizzato a quelle che sono le nuove procedure in materia di terapia del dolore:

SECONDO SEMESTRE 2012	PRIMO TRIMESTRE 2013
168 pazienti ambulatoriali	224 pazienti ambulatoriali
230 accessi	250 accessi
3888 giorni di terapia (media 20gg)	4686 giorni di terapia (media 20gg)
48 ricoverati	25 ricoverati

Dai dati abbiamo evidenziato che il 58% terapia prevede l'uso dei farmaci SRO, (Slow Relased Opioid), il 35% prevede l'uso dei farmaci ROO (Rapid onset opioid), il 28% terapia del dolore neuropatico, inoltre non sono state rilevate Reazioni Avverse da farmaci (ADR) significative, a dimostrazione che la maneggevolezza e la sicurezza di questi farmaci nel 2012 solo 1 paziente ricoverato ha manifestato tendenza all'abuso di spray nasale, e in molti casi ci è stato richiesto dal paziente un confronto con il MMG.

La nostra esperienza nell'ultimo anno, si è rilevata estremamente positiva sia dal punto di vista professionale che umano; sentiamo la responsabilità clinico-etica di migliorare la cura dei pazienti con dolore tanto che è diventata la nostra priorità utilizzare gli strumenti a nostra disposizione per il conseguimento del nostro fine.

L'unità del dolore all'Azienda dei Colli (A. Corcione)

In occasione del Terzo Simposio Internazionale sull'Impatto Sociale del Dolore Cronico – “Societal Impact of Pain” (SIP 2012) tenutosi a Copenhagen, Danimarca, dal 29 al 31 maggio, un gruppo multidisciplinare di esperti europei ha messo a punto un proprio documento, un Position Paper, in cui si chiede il riconoscimento del dolore cronico come patologia a sé stante da parte delle Istituzioni governative della UE e dei governi degli stati membri. Durante il semestre di presidenza danese, più di 400 esperti, provenienti da più di 30 Paesi, si sono riuniti per sensibilizzare sull'impatto sociale del dolore cronico, scambiarsi le “best practices” nazionali e promuovere progetti di politiche per la cura del dolore a livello nazionale ed europeo. Il Simposio si è tenuto sotto l'alto Patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri e del Ministero della Salute italiani. Gli obiettivi scientifici di SIP 2012 sono stati appoggiati da più di 160 organizzazioni internazionali.

Secondo il rapporto “Reflection process on chronic diseases in the EU – the role of chronic pain”, (Riflessione sulle Malattie Croniche nella UE – il ruolo del dolore cronico) pubblicato il 30 maggio durante il Simposio, l'impatto complessivo del dolore misurato in termini di prevalenza e di costi è elevato; spesso il dolore cronico è prevalente in quei pazienti già afflitti da una o più patologie croniche; in particolare, fra la popolazione anziana si è potuto rilevare un forte legame fra l'avanzare dell'età e la prevalenza del dolore cronico. I costi che derivano per il nostro sistema sanitario da questa condizione ad elevata prevalenza sono significativi.

L'Europarlamentare danese Anna Rosbach appoggia le conclusioni del rapporto: “Il dolore cronico è un fardello per milioni di europei e, spesso, non viene considerato come una malattia dalla società e dai sistemi sanitari. Questo va cambiato. E' ora di smettere di prestare minori attenzioni e cure al dolore cronico di quanto si faccia con il dolore transitorio”.

Per quanto riguarda l'invecchiamento demografico e l'aumento della prevalenza del dolore cronico nella popolazione generale, un altro rapporto pubblicato dal titolo “Healthy ageing in relation to chronic pain in the European Union”¹ – “Invecchiamento in salute in relazione al dolore cronico nell'Unione Europea”, nelle sue conclusioni principali indica che la qualità di vita aumenta, ovvero migliora, significativamente con la riduzione del dolore. Dato il forte legame fra avanzamento dell'età e dolore cronico, un'adeguata gestione del dolore può portare al miglioramento della qualità della vita

e pertanto a un invecchiamento più in salute e attivo. Come del resto segnalato da Orsi Nagy, analista politico della Commissione Europea (DG Salute e Consumatore) e responsabile della Partnership Innovativa Europea sull'Invecchiamento Attivo e in Salute: "L'invecchiamento della società non è solo una delle maggiori conquiste del 21esimo secolo, ma anche una sfida dal punto di vista economico e sociale per la società europea. Dobbiamo impegnarci a prestare assistenza a coloro che ne hanno bisogno, e nel contempo offrire ampie opportunità a coloro che sono attivi e in salute affinché continuino a dare il loro contributo alla società"

Nel corso del Meeting SIP 2012, il Responsabile delle Politiche Sanitarie della Camera di Commercio danese Martin K. Pedersen ha illustrato il suo punto di vista da una prospettiva economica: "In una situazione in cui tutti parlano di continuare a lavorare, il dolore cronico è un ovvio punto di partenza.

L'impatto economico del dolore è superiore a quello della maggior parte delle altre malattie: in Danimarca le giornate di lavoro perse ogni anno a causa del dolore cronico sono stimate pari a 1 milione 1 e in Svezia è stato indicato che la perdita di produttività per assenze per malattia a causa di dolore cronico costituirebbe il 91 per cento del costo socioeconomico associato al problema, che è di 9,2 miliardi di euro. E' stato dimostrato che chi soffre di dolore cronico ha probabilità sette volte superiori al normale di lasciare il lavoro per problemi di salute. Se guardiamo solamente alle indennità sociali, ai pensionamenti e agli altri cosiddetti costi indiretti associati al dolore cronico, ci accorgiamo che c'è molto da guadagnare da uno sforzo mirato".

In tale ottica sono indirizzati oggi, anche nel panorama socio-sanitario italiano, gli sforzi volti all'implementazione dei dettami e dei risultati derivabili dall'attuazione, nelle singole realtà Aziendali come emanazione diretta di una logica Regionale, della Legge 38/2010, un esempio di applicazione di successo di politica per la cura del dolore; il Dottor Marco Spizzichino, Responsabile Cure Palliative e Terapia del Dolore, Direttore Ufficio XI del Ministero della Salute italiano, sotto il cui Patrocinio si è svolto SIP 2012, ha sostenuto a giusta ragione che "Trattare il dolore in maniera adeguata è un dovere per qualsiasi medico; non soffrire è un diritto di tutti i pazienti: la Legge 38 del marzo 2010 tutela i cittadini italiani garantendo loro un ragionevole accesso ad adeguate cure e trattamenti. Oggi, a due anni dall'introduzione della Legge, i risultati sono incoraggianti. Tuttavia, è ancora necessario un forte impegno da parte di tutti i soggetti coinvolti affinché ogni cittadino,

ovunque risieda in Italia, possa beneficiare di assistenza qualificata”. Dopo un iter legislativo di oltre 2 anni è stata approvata una legge che stabilisce almeno nelle sue linee generali l’obbligatorietà di un piano personalizzato di cura e di assistenza, garantendo:

- a) la tutela della dignità e dell’autonomia del malato,**
- b) la promozione della qualità della vita**
- c) adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale alla famiglia**

La legge inoltre individua nelle cure palliative l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata che al nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti. Oltre alle cure palliative, la legge disciplina la terapia del dolore costituita da interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare ed applicare alle forme morbose croniche idonee ed appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione ed il controllo del dolore.

Obiettivo primario di tali cure è quello di prevenire e contenere il più possibile i sintomi invalidanti che possono caratterizzare la fase terminale di malattie irreversibili e di fornire sia al malato che alla sua famiglia un supporto di tipo psicologico, spirituale e sociale, nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza e finalizzato alla prevenzione ed al sollievo della sofferenza.

Sempre in tale ottica, infine, la Legge prevede l’individuazione di figure professionali necessarie alla formazione di équipes specializzate nell’assistenza socio sanitaria ai pazienti in fase terminale e nelle applicazioni della terapia del dolore. Ciascuna Regione deve pertanto dotarsi (ex art 5 comma 3) di strutture particolari dedicate prioritariamente ai pazienti affetti da patologie neoplastiche terminali o da patologie degenerative progressive . Tali strutture andranno ad aggiungersi ai 164 Hospices già attivi, e purtroppo al momento localizzati per la maggior parte al Nord; in tal senso purtroppo è ancora significativo il divario Nord- Sud, per ciò che concerne l’adeguamento ai requisiti minimi di Legge. Sono infine previste campagne d’informazione da promuovere , e già promosse, nel corso del triennio 2010-2012, destinate ad informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni ed ai programmi di assistenza.

Tali campagne hanno soprattutto lo scopo di diffondere nell'opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure, sostenendo la cultura della lotta contro il dolore e propugnando il superamento del pregiudizio nei confronti dell'utilizzo di farmaci appropriati.

Inoltre, presso il Ministero della Salute è attivato, attraverso l'istituzione di una Commissione nazionale, uno specifico sistema di monitoraggio delle cure palliative connesso alla valutazione della qualità delle cure erogate nell'ambito della terapia del dolore acuto e cronico, benigno ed oncologico.

Il Ministero, alla cui attività collaborano l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, l'Agenzia italiana del farmaco e l'Istituto superiore di Sanità, fornisce alle Regioni elementi idonei alla valutazione dell'andamento della prescrizione dei farmaci utilizzati per la terapia del dolore, del livello di attuazione delle linee guida di cui all'art 3 comma 2, nonché sullo stato di realizzazione e di sviluppo delle cure su tutto il territorio nazionale (art.9 comma 1).

Significativi sono in tal senso anche gli sforzi messi in atto dalla **SIAARTI**, Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, da sempre in campo, quale Società di riferimento culturale per gli anestesisti italiani. La **SIAARTI** ha emanato, in data 29 aprile 2010, 2 una nuova revisione delle Linee Guida precedentemente esistenti relative al "Trattamento del dolore postoperatorio"; in tale documento si ribadisce la definizione di dolore acuto postoperatorio, se ne definiscono le strategie di trattamento secondo protocolli scientifici validati, nella fattispecie nell'ottica di un' analgesia multimodale e nel pieno rispetto del moderno concetto di "fast-track surgery", ma, soprattutto, se ne definisce, in accordo a quanto già in precedenza decretato dalla suddetta Legge 38, "l'obbligatorietà, dal punto di vista istituzionale, del trattamento", secondo quanto segue "[...] *Il soddisfacimento dell'analgesia rientra tra i diritti irrinunciabili del paziente. Il trattamento ottimale del dolore post-operatorio (DPO) può accelerare la ripresa globale del paziente sia dopo chirurgia maggiore, con bypass o riduzione della durata della degenza in unità di terapia intensiva, sia dopo chirurgia ambulatoriale. Pertanto il trattamento del DPO deve essere inserito tra gli obiettivi istituzionali prioritari essendo parte integrante del piano terapeutico per la «malattia perioperatoria» che prevede infatti analgesia, mobilizzazione precoce, alimentazione enterale precoce e fisiokinesiterapia attiva (Livello A).*

La pianificazione del trattamento del DPO va inserito pienamente nel progetto ministeriale Ospedale senza Dolore.

Una corretta programmazione delle modalità di trattamento del dolore postoperatorio deve tener conto di (...):

- a) caratteristiche del paziente**
- b) tipo di intervento e tecnica chirurgica scelta**
- c) previsione dell'intensità e della durata del dolore postoperatorio e sua tendenza alla cronicizzazione;**
- d) organizzazione delle risorse esistenti e capacità di controllo mediante l'adozione di strumenti di «misura» e di «valutazione» del dolore a riposo e al movimento**
- e) individuazione e formazione del personale coinvolto.**

Deve cioè essere sensibile al contesto clinico in cui viene applicata.”

Tale fondamentale acquisizione dà merito al Gruppo di Studio **SIAARTI** che ha rielaborato le Raccomandazioni alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, ma ha creato anche i presupposti per una nuova definizione, attualmente ancora in essere, delle nuove Linee Guida relative alla valutazione ed al trattamento del Dolore Cronico Oncologico.

Potremmo pertanto concludere che, a quasi tre anni di distanza dalla divulgazione della legge 38, si conferma l'importanza dell'attenzione alla sofferenza, un dovere etico per chi da sempre sostiene la centralità della persona nel percorso di cura, e la necessità di indirizzare tutti gli organi a disposizione, politici e di divulgazione scientifica, per informare e sensibilizzare non solo gli operatori del settore, ma gli stessi pazienti, sottolineando la consapevolezza che la cura del dolore non è solo auspicabile ma possibile”.

BIBLIOGRAFIA 1) Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. *Methods of Treating Chronic Pain*. Report No: 177/1+2; 2006

2) Linee Guida SIAARTI “Trattamento del dolore postoperatorio”, 29 aprile 2010, www.siaarti.it

I centri per la cura del dolore in Italia e in Campania (A. Papa)

Lo sviluppo della medicina ha portato, nelle società più evolute, ad un aumento del numero di malattie che sono guaribili. Altre malattie non guaribili sono state rese curabili. Il risultato complessivo è stato un allungamento della vita media e un incremento del numero di pazienti affetti da malattie croniche evolutive ad esito infausto che inevitabilmente costituiscono delle situazioni molto complesse da gestire.

La terapia del dolore e le cure palliative in generale rappresentano il complesso di cure rivolte ai pazienti che non rispondono a trattamenti causali. L'obiettivo è il raggiungimento di una qualità della vita che sia migliore possibile per i pazienti stessi e per i loro familiari.

Le cure palliative sono un modello terapeutico multidisciplinare che concerne l'approccio globale che include la considerazione non solo degli aspetti fisici ma anche psicologici sociali e spirituali di un paziente affetto da malattia progressiva incurabile e dei familiari che lo assistono.

Il modello si applica durante il corso della malattia, consiste in tutti quegli interventi che si propongono di mantenere una qualità della vita accettabile o quanto meno l'attenuazione delle sofferenze del paziente e dei suoi familiari.

L'avvicinamento della morte deve essere caratterizzato dalla intensificazione delle cure palliative, senza che queste sfocino in accanimento terapeutico ma sempre rivolte a garantire la massima serenità in un momento difficile della vita.

Curare un individuo significa prendere coscienza della sua sofferenza, alleviandola attraverso cure mediche definite ad alta specializzazione e a basso costo, rispettando l'essere umana nella sua dignità di persona.

Il dolore è caratterizzato da quattro componenti: la componente somatica, l'ansia, la rabbia e la depressione.

La componente somatica causa dolore, debolezza e vari effetti collaterali.

L'ansia è causata dalla paura del ricovero e dell'ospedale, dalla preoccupazione per la famiglia, dalla paura della morte, dall'inquietudine spirituale, dalla paura del dolore, dai problemi finanziari, dall'incertezza per il futuro, dalla perdita della dignità e del controllo del proprio corpo.

La depressione è determinata dalla perdita della posizione sociale,

dalla perdita del prestigio professionale e del guadagno, dalle alterazioni dell'aspetto, dalla stanchezza cronica, dall'insonnia, dal senso di abbandono.

La rabbia invece cresce con le difficoltà burocratiche, con la mancanza delle visite di amici, con il ritardo della diagnosi, con la scarsa reperibilità dei medici, con il fallimento terapeutico. Il concetto di dolore totale racchiude in se tali componenti, e ben esprime il campo di intervento delle cure palliative.

Il dolore, in generale, può avere caratteristiche di tipo acuto e cronico. Il dolore acuto è finalizzato ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi o potenzialmente tali nell'ambiente o nell'organismo stesso. È quindi un dolore UTILE, che prima di essere affrontato e trattato va capito, interpretato e inserito nel corretto nesso etiopatogenetico per un'adeguata, quando possibile, terapia

- **della patologia causale. Il dolore cronico deve essere considerato in modo diverso e deve tener conto di diverse condizioni: condizione patologica nota che provoca il dolore e in buona parte non aggredibile;**
- **dolore persistente nel tempo;**
- **presenza continua del dolore per cui si instaura un circolo vizioso di depressione, ansia e altri disturbi emotivi, il dolore diviene sindrome autonoma con pesante impatto sulla vita di relazione e sugli aspetti psicologici e sociali caratteristici della persona. Allora il dolore diviene un sintomo INUTILE e va trattato nel modo più tempestivo e completo possibile. In questo senso, il dolore cronico non rappresenta solo una estensione temporale del dolore acuto, ma assume caratteristiche qualitative completamente diverse, che necessitano di un approccio mentale, culturale e professionale opposto.**

Il dolore è una sensazione complessa il cui significato è quello di difesa. Il dolore ha infatti la funzione di avvertimento e dove possibile di evitamento della noxa patogena in grado di attuare realmente o potenzialmente un danno all'integrità dell'organismo. In questo senso il dolore rappresenta una funzione essenziale sia per l'adattamento all'ambiente sia come strumento fondamentale di apprendimento.

Il dolore acuto è in stretta relazione con la noxa che lo ha generato, essendo strettamente correlato alla intensità e soprattutto alla durata dello stimolo lesivo. Il dolore acuto è una esperienza sensitiva fatta da una componente percettiva, una affettiva ed una cognitiva. Un sistema di controllo regola la durata, la intensità della sensazione e soprattutto ne modula la funzione in rapporto alla situazione.

Se tuttavia il dolore acuto è strettamente correlato allo stimolo nocivo, il dolore persistente, cioè quello che persiste nonostante la fine dello stimolo nocivo e soprattutto quello cronico, cioè quello che non ha possibilità di interruzioni, sono sottesi da meccanismi ancora non ben chiariti. Il dolore persistente e quello cronico rappresentano la sofferenza di per sé che talvolta non è nemmeno motivata da alcun segno che possa motivarne quanto meno l'origine, ed è un motivo di grave alterazione della qualità della vita di chi ne soffre.

Il complesso ambito della terapia del dolore è pertanto perennemente alla ricerca di un equilibrio tra le motivazioni in precedenza affrontate e si avvale di trattamenti farmacologici e interventistici «personalizzati», in relazione alle caratteristiche evolutive, temporali, patogenetiche del dolore stesso e alla possibilità di diagnosi e cura che, alla luce della attuale Legge 38, rappresenta ormai un obbligo inderogabile per tutti gli operatori della Sanità attivamente impegnati in tale ambito.

L' Ospedale V. Monaldi di Napoli è una struttura a carattere ospedaliero universitario specializzata nella cura delle malattie cardio-polmonari, tra le U.O. Aziendali già dal 2008 è presente l'U.O. di Terapia Antalgica nell'ambito della U.O.C. di Anestesia. Pertanto all'emanazione della L. 38/2010, nella quale si esortava alla creazione di strutture dedite alla cura dei pazienti affetti da dolore sia esso di natura oncologica ma anche di altra origine, la struttura era già operante sul territorio e pertanto già un riferimento regionale. L' U.O. di Terapia antalgica, diretta oggi dal dottor Alfonso Papa, già membro della Commissione Ministeriale per le Cure Palliative e la Terapia del dolore, è specializzata oltre che nella gestione delle terapie farmacologiche anche in analgesia e anestesia loco-regionale, tecniche chirurgiche, terapia fisica, tecniche di stimolazione elettrica, neuro modulazione midollare e ozonoterapia. Un reparto all' avanguardia con personale specializzato è oggi di riferimento nazionale, a cui si rivolgono quotidianamente pazienti provenienti da tutta la regione Campania e da altre Regioni, questo perché poco diffusa è la terapia del dolore oltretutto costosa e non da per tutto vengono eseguiti gli adeguati investimenti. La creazione di tale reparto all' interno dell' Ospedale ha portato alla necessità di attivare un intenso rapporto di collaborazione tra il personale afferente al reparto e l' U.O.C. di Farmacia, Responsabile dr. Adriano Cristinziano.

Da questo rapporto d' intensa collaborazione, sono stati attivati progetti

che attualmente consentono di offrire sempre più servizi ai pazienti affetti da dolore. Dal 2010/2011 è operativo nell'Azienda dei Colli un Percorso Diagnostico-Terapeutico per la Terapia del Dolore che identifica l'insieme di interventi clinico-chirurgico, diagnostici e riabilitative terapeutici, volti a individuare e applicare alle forme morbose e croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, strumentali, psicologiche. Per realizzare un progetto è necessario avere a disposizione i mezzi, di conseguenza affinché un paziente possa essere trattato in modo opportuno è necessario dover rispondere alle sue esigenze, questo ha comportato in primis l'approvvigionamento dei farmaci necessari non presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO). I farmaci presenti in PTO sono: morfina (il consumo interno pari al 60%), petidina (classe H, specifico uso ospedaliero), paracetamolo e codeina (os), tramadolo, ketoralac, oxicodone (os), fentanyl (td) buprenorfina (td); mentre i farmaci non presenti in PTO sono: bupivacaina 4%, (in importazione dall'estero), idromorfone (os, parenterale in importazione dall'estero), ziconotide, capsaicina (8% td), lidocaina (5%, td), fentanyl (sl/muc/spray/geng), tapentadolo (os), ossicodone e naloxone (os) ed oxicodone e paracetamolo (os). Tra questi farmaci alcuni sono classificati in fascia H, di conseguenza il loro uso è esclusivamente ospedaliero. Il secondo punto da prendere in considerazione è stato le modalità con cui tali farmaci potessero giungere al paziente sia mediante somministrazione da parte del medico sia direttamente. Per questo sono state create delle opportune modulistiche interne al fine di permettere la dispensazione dei farmaci in modo più "semplificato" come la L. 38/2010 dichiara e per rispondere alla richiesta dei pazienti con dolore, ma senza voler perdere il controllo di ciò che avviene. Le due modulistiche sono diversificate tra loro. L' U.O.C. Farmacia Presidio "Monaldi" svolge infatti attività di distribuzione dei farmaci necessari al trattamento della terapia del dolore sia ai pazienti ricoverati in regime ordinario sia alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale direttamente ai pazienti per facilitarne la dimissione (legge 405/2001), inoltre distribuisce ai pazienti i farmaci prescritti dagli specialisti ospedalieri per le terapie domiciliari. Il periodo necessario è stabilito dal medico nel rispetto comunque dei limiti fissati dalla normativa vigente che stabilisce una durata di terapia non superiore ai 30 giorni. La dispensazione dei farmaci al reparto viene effettuata mediante l' utilizzo di un registro che viene compilato dal medico al momento della prescrizione in esso vengono riportati il nome e cognome del paziente, l' Unità Operativa in cui il paziente è ricoverato, la diagnosi, i

farmaci necessari alla cura, la data e il timbro del medico prescrittore. (Fig. 20)

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA
Dir. Prof. P. Gilberti
UOSD DI TERAPIA DEL DOLORE
Responsabile Dott. Altman Papa

DIPARTIMENTO DI AREA CRITICA
Dir. Prof. P. Gilberti
UOSD DI TERAPIA DEL DOLORE
Responsabile Dott. Altman Papa

RICHIESTA FARMACI TERAPIA DEL DOLORE PER PAZIENTI IN RICOVERO ORDINARIO
Cognome e Nome del Paziente _____
Unità Operativa di Ricovero _____
Diagnosi _____

Nome del farmaco	Principio attivo	Dose per somministrazione	Somministrazione	Giorni di tratt.

Data _____
Nome dello Specialista _____

Data _____
Timbro e Firma dello Specialista _____

Figura 20 Modulistica per la richiesta di farmaci per la terapia del dolore

La modulistica interna per la dispensazione dei farmaci ai pazienti in dimissione o in seguito a visita ambulatoriale viene effettuata con un modello diverso, un modello unico aziendale valido per tutti i reparti. In esso il medico terapista del dolore effettua la prescrizione, dove sono inseriti: il codice fiscale del paziente, il codice del reparto, la specialità prescritta, la quantità di farmaco da erogare, il timbro e la firma del medico, la data di compilazione ed eventuali note AIFA. Se necessario, consegna al paziente, o suo delegato, anche il piano terapeutico previsto per alcuni farmaci. Il farmaco viene distribuito al paziente stesso, o ad un suo delegato, presentando la prescrizione direttamente al farmacista il giorno della dimissione dal ricovero, nei giorni immediatamente successivi, in seguito a visita ambulatoriale. Il farmacista ha il compito specifico di dispensare le terapie, di fornire tutte le informazioni relative a modalità di assunzione, posologia, avvertenze e controindicazioni.

I farmaci distribuiti sono i seguenti:

- **medicinali di classe A (concedibili dal SSN) erogati esclusivamente a pazienti in dimissione ospedaliera o dopo visita specialistica residenti in regione**
- **medicinali di classe H (esclusivo uso ospedaliero) erogati a tutti i pazienti affetti da patologie croniche che assumono farmaci per i quali deve essere redatta specifica prescrizione ospedaliera**
- **farmaci extra PTO (Prontuario Terapeutico Ospedaliero)**
- **farmaci extra PTOR (Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale)**

In particolare nella tabella 14 sono riportati tutti i principi attivi, relativi alla terapia del dolore, distribuiti dalla U.O.C. Farmacia Presidio Monaldi:

FARMACI	VIA DI SOMMINISTRAZIONE	INDICAZIONE
IDROMORFONE	Os	Trattamento del dolore severo
MORFINA	os/p	Dolori cronici intensi e/o resistenti agli altri antidolorifici, in particolare dolori di origine cancerosa
FENTANIL	td/sl/muc/spray/geng	Breakthrough pain
LIDOCAINA 5%	Td	Nevralgia post-erpetica
TAPENTADOLO	Os	Trattamento del dolore cronico severo
OXICODONE	Os	Trattamento del dolore severo
OSSICODONE + NALOXONE	Os	Efficace nel controllo: del dolore correlato al cancro, del dolore postoperatorio, del dolore muscolo-scheletrico, del low back pain, della nevralgia post-erpetica, della neuropatia diabetica di intensità da moderata a severa
OSSICODONE + PARACETAMOLO	Os	Efficace nel controllo: del dolore correlato al cancro, del dolore postoperatorio, del dolore muscolo-scheletrico, del low back pain, della nevralgia, della neuropatia diabetica di intensità da moderata a severa

Figura 14 Farmaci dispensati in distribuzione esterna

Da una analisi delle prescrizioni è stato osservato che nel secondo semestre del 2012, si sono avuti 168 pazienti ambulatoriali, 230 accessi, 48 ricoverati per un totale di 3888 giorni di terapia (media di 20 gg); di questi il 58% ha ricevuto una terapia Slow Release Opioids (SRO), il 35% Rapid Onset Opioid (ROO), il 28% è stato per il trattamento del dolore neuropatico. Nel primo trimestre del 2013, i pazienti ambulatoriali sono stati 224, 250 accessi, 25 ricoverati per un totale di giorni di terapia di 4686 giorni (media 20gg).

Inoltre non state rilevate ADR significative, nel 2012 solo un paziente ricoverato ha manifestato tendenza all' abuso di spray nasale. In molti casi è stata richiesta la collaborazione da parte del paziente per un confronto con il MMG. Nonostante i pochi dati relativi al progetto che risulta ad oggi ancora in via di sviluppo possiamo dire che il percorso messo in atto inizia a portare i suoi risultati, da una parte la maggiore risposta alla sofferenza del paziente, d' altra una riduzione della spesa evidenziabile da una riduzione dei pazienti ricoverati.

I principi della legge 38/2010

Nel 2010 è stata emanata la **Legge 15 marzo 2010, n. 38** concernente “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010).

Si tratta di una legge fortemente innovativa, che per la prima volta garantisce l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell’autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. La legge, tra le prime in Europa, tutela all’art. 1 “il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore”, ed individua tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico. Per quest’ultimo, inoltre riconosce una particolare tutela ed attenzione come soggetto portatore di specifici bisogni ai quali offrire risposte indirizzate ed adeguate alle sue esigenze e a quella della famiglia che insieme deve affrontare il percorso della malattia.

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore devono assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell’autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; della tutela e promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale, e di un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia. Gli aspetti più rilevanti del testo legislativo riguardano:

Rilevazione del dolore all’interno della cartella clinica

All’interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.

Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore

Il Ministero promuove l’attivazione e l’integrazione di due reti della terapia del dolore e delle cure palliative che garantiscono ai pazienti risposte assistenziali su base regionale e in modo uniforme su tutto il territorio

nazionale. L'Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 sulle "linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore", stabilisce che venga costituito, con appositi provvedimenti regionali e aziendali, una struttura specificatamente dedicata al coordinamento della rete di cure palliative e di terapia del dolore.

Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore

La legge modifica il Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (DPR 309 del 1990) semplificando la prescrizione dei farmaci oppiacei non iniettabili: ai medici del Servizio sanitario nazionale sarà consentito prescrivere tale classe di farmaci non più su ricettari speciali, ma utilizzando il semplice ricettario del Servizio sanitario nazionale (non più quello in triplice copia).

Formazione del personale medico e sanitario

Con decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, verranno individuati specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative; verranno inoltre individuati i criteri per l'istituzione di master in cure palliative e nella terapia del dolore. La legge prescrive che in sede di Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro, vengano individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore. Il Ministero avrà un ruolo fondamentale nella concreta ed uniforme attuazione delle disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Terapia del dolore: luci e ombre sull'attuazione della legge

Luci e ombre. Questa la sintesi della Relazione al Parlamento sull'applicazione della legge 38 del 2010 per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La relazione si basa sull'elaborazione dei dati del sistema informativo per il monitoraggio dello stato di



attuazione della rete assistenziale. Uno dei nodi è la cura dei pazienti in età pediatrica: 11 Regioni su 21 hanno formalizzato l'atto di delibera della Rete pediatrica, che è stata attivata però solo in 4 Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Basilicata). Le altre criticità riguardano un generale pregiudizio sull'uso dei farmaci oppiacei e le procedure di accesso ai medicinali impiegati per la terapia del dolore. La relazione ribadisce l'importanza di "un cambiamento culturale che dovrebbe partire dai professionisti delle reti di assistenza".

Tra i passi in avanti la relazione segnala un lieve aumento dei posti letto negli Hospice, le strutture residenziali in cui i malati terminali vengono assistiti. Tuttavia, in Calabria, Campania, Abruzzo e Toscana e nella Provincia Autonoma di Trento si registra un'acure palliative disponibilità inferiore alla soglia di accettabilità dei Livelli essenziali di assistenza.

Per quanto riguarda l'Assistenza domiciliare integrata, nel 2011 i pazienti in fase terminale assistiti a casa sono stati 55mila (55.242). La relazione evidenzia una notevole variabilità tra le regioni nella presa in carico in questo campo assistenziale, che è influenzata dalla disponibilità di posti letto negli Hospice. Luci e ombre. Questa la sintesi della Relazione al Parlamento sull'applicazione della legge 38 del 2010 per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. La relazione si basa sull'elaborazione dei dati del sistema informativo per il monitoraggio dello stato di attuazione della rete assistenziale. Uno dei nodi è la cura dei pazienti in età pediatrica: 11 Regioni su 21 hanno formalizzato l'atto di delibera della Rete pediatrica, che è stata attivata però solo in 4 Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Basilicata). Le altre criticità riguardano un generale pregiudizio sull'uso dei farmaci oppiacei e le procedure di accesso ai medicinali impiegati per la

terapia del dolore. La relazione ribadisce l'importanza di "un cambiamento culturale che dovrebbe partire dai professionisti delle reti di assistenza". Tra i passi in avanti la relazione segnala un lieve aumento dei posti letto negli Hospice, le strutture residenziali in cui i malati terminali vengono assistiti. Tuttavia, in Calabria, Campania, Abruzzo e Toscana e nella Provincia Autonoma di Trento si registra un'acure palliative di disponibilità inferiore alla soglia di accettabilità dei Livelli essenziali di assistenza. Per quanto riguarda l'Assistenza domiciliare integrata, nel 2011 i pazienti in fase terminale assistiti a casa sono stati 55mila (55.242). La relazione evidenzia una notevole variabilità tra le regioni nella presa in carico in questo campo assistenziale, che è influenzata dalla disponibilità di posti letto negli Hospice.

Lotta contro il dolore: intervista al Prof. Antonio Corcione, Direttore U.O.C. Anestesia e TIPO - Azienda Ospedaliera dei Colli - Ospedale Monaldi

• Quali sono i centri del dolore in Italia? E in Campania?

In Campania esistono c.ca 15 centri di Terapia del Dolore, di cui non tutti risultano essere accreditati con la medesima qualifica, essendo ancora in fase di ulteriore definizione la disposizione in Hub, Spoke; i centri di riferimento sono comunque segnalati, quelli Campani e quelli Italiani, su www.federdolore.it

• Esistono Associazioni e Società di riferimento?

Numerose: ISAL, ACD SIAARTI, federdolore, SICD, AISD ETC.ETC

• Il dolore nell'anziano: assorbimento ed effetti collaterali dei farmaci

Nei soggetti anziani si verificano delle modificazioni fisiopatologiche a carico di diversi organi e apparati in grado di modificare il destino farmacocinetico e farmacodinamico dei farmaci analgesici. In relazione a tali variazioni, l'utilizzo di tali farmaci in questa classe di età deve essere effettuata con una certa ocularità, pur non privando il soggetto di tale opzione terapeutica. La dose e la frequenza del trattamento dovrebbero essere individualizzate, e andrebbe sempre tenuto a mente il concetto di analgesia bilanciata, caratterizzata dall'uso combinato di più farmaci, in genere un oppioide, un farmaco antinfiammatorio non steroideo e un adiuvante, a dosaggi ridotti, allo scopo di incrementare i bersagli di azione, minimizzando i potenziali effetti avversi associati alle alte dosi di ogni singolo agente.

• L'aspetto psicologico incide sul dolore stesso?

Il dolore e la sofferenza fisica e psichica che ne consegue è diventato un terreno di grande attualità e di confronto interdisciplinare, coinvolgendo ogni settore della medicina. Ciò per alcuni motivi come l'allungamento della vita, la modificazione della tipologia delle malattie fisiche, il frequente ricorso a canali di somatizzazione quale espressione di conflitti intrapsichici. In primo luogo l'allungamento della vita è associato ad una maggiore incidenza di patologie croniche ed invalidanti, dovendo il medico preoccuparsi di gestire situazioni cliniche che persistono a lungo nel tempo e che determinano un progressivo aumento della disabilità (la salute residua); grazie infatti al progresso della medicina si è assistito negli ultimi anni ad un migliore efficacia degli strumenti terapeutici disponibili ed ad un allungamento della vita dei pazienti, anche con situazioni di sofferenza cronica. La riformulazione della finalità delle cure quindi diventa inevitabile, deve focalizzarsi sulla appropriatezza delle cure, ma mirare anche a sostenere nella cronicità e nella sofferenza - la qualità di vita, adoperandosi per il recupero della dimensione antropologica del rapporto medico-paziente e attraverso la cura dei bisogni psicologici dei pazienti.

Per quanto riguarda l'Azienda dei Colli:

• Quando è nato il Centro di Terapia del dolore?

Dal 2000, con l'Ospedale senza Dolore, si è passati al 2003, con l'apertura dell'Ambulatorio di Terapia del Dolore, sino ad oggi; da c.ca 3 anni esiste presso la nostra Azienda una Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Terapia del Dolore, diretta dal Dr. Alfonso Papa, e coadiuvata da una equipe di Anestesisti Rianimatori esperti di Terapia del Dolore e di esecuzione di attività interventistica per il dolore cronico (cifoplastica, vertebroplastica, neurostimolazione midollare, neuromodulazione intratecale, etcc) che consta di una attività ambulatoriale quotidiana, con una sala operatoria attiva 4 giorni/settimana, un servizio di reperibilità Aziendale 24 ore su 24.

• Quale è la sua attività?

Attività ambulatoriale e chirurgica, dolore cronico benigno/oncologico

• Quanti casi sono stati trattati?

c.ca 3000/anno

• Quale e' la provenienza dei pazienti?

90% Campania, 10% altre regioni

• Quali sono stati i risultati?

Incremento significativo del numero di accessi ambulatoriali/anno e di procedure chirurgiche mini invasive cui possono essere candidabili sia pazienti affetti da dolore cronico benigno che oncologico, attività di consulenza e collaborazione presso tutti i Reparti di degenza ordinaria medici e chirurgici dell'Azienda

• Quando e come un medico o un paziente possono contattare il Centro?

Previa registrazione presso la Segreteria della UOSD di Terapia del Dolore (0817064137), lun-ven ore 9-13.

Presentazione di Casi clinici - Testimonianze: Raccontarsi per informare

“ (...) non crediate che colui che tenta di confortarvi viva senza fatica in mezzo alle parole semplici e calme, che qualche volta vi fanno bene. La sua vita reca molta fatica e tristezza e resta lontana dietro a loro. Ma, fosse altrimenti, egli non avrebbe potuto trovare quelle parole”.

R.M. Rilke , 1904

La sofferenza era tremenda. Una sofferenza che sembrava sfuggire ad ogni significato.

Ero irrigidita nello sforzo di rimanere calma e di controllarmi.

La sofferenza era legata ad un evento personale doloroso.

La sofferenza era la “voce” del mio dolore intimo profondo che provavo a reprimere e a confinare.

L'incontro con la dottoressa, nel momento di massimo dolore, che pone attenzione a me, soggetto nella sua realtà irripetibile e inoggettivabile, alle mie domande più profonde, non esplicitamente espresse, con solidarietà silenziosa e partecipe.

La mia domanda di cura accolta nelle legittime esigenze con competenza tecnica ma anche capacità, creatività personale e forte responsabilità soggettiva, che non ignorava l'esistenza della dimensione simbolica della malattia e che l'evento biologico va sempre inscritto nella storia personale del malato.

*La dottoressa conosceva la differenza tra **curare** e **guarire**. La cura non può restringere il proprio campo d'azione al perseguimento del successo terapeutico ma deve dare al paziente **la possibilità di recuperare un, il senso**. Deve cioè accogliere l'angoscia che sottende il dolore fisico trasformandolo in un simbolo, in un qualcosa che può essere pensato e compreso per non esserne più in balia. Nei suoi occhi ho visto quello che fino a quel momento non volevo vedere e se lei ce la faceva, se non era così spaventoso, allora potevo farcela anch'io.*

Schioppa A, paziente

Quando il dolore va affrontato con un sorriso....

Sorridere. Sempre e comunque. Sembra semplice ma non lo è. Non lo è per i familiari di un malato terminale, non lo è per i medici che cercano di alleviare le sofferenze di chi ormai ha combattuto e sta per perdere la propria battaglia. Eppure io, guardando mia madre che se n'è andata poco più di un anno fa, ho sorriso sempre. Come mi hanno insegnato i medici e gli infermieri del reparto di Terapia Antalgica dell'ospedale Monaldi, coordinato dal dottor Alfonso Papa. Professionisti capaci e persone di straordinaria umanità, che con garbo e discrezione non ci hanno mai lasciati soli in un momento difficilissimo della nostra vita. Nel 2011 a mia madre, 56 anni, sono state diagnosticate lesioni secondarie epatiche, polmonari e cerebrali ad un anno dalla quadrantectomia al seno, nonostante il trattamento medico in corso.

Di qui l'applicazione del porth da parte dell'equipe del dottor Papa e poi, dopo 6 mesi di chemioterapie, l'aggravamento delle condizioni con l'insorgenza delle metastasi ossee. Mia madre era sorridente, ha affrontato con coraggio ogni istante della sua malattia, ma nella fase finale camminava con dolore e allora il dottor Papa è intervenuto sulle metastasi ossee del bacino, con un intervento effettuato all'ospedale Monaldi. I benefici non sono mancati, ma la diffusione della malattia e dopo poche settimane il coma, hanno costretto mia madre a letto per il suo ultimo mese di vita. L'unica consolazione è quella di sapere che non ha sofferto, proprio grazie alla terapia del dolore. E allora quando la ricerca non riesce più a dare risposte, la consapevolezza di non far soffrire la persona che amiamo è davvero importante. È quella spinta in più che ti porta a sorridere anche quando vorresti piangere.

Emanuela Sorrentino, figlia

