❖ Anno 3 - N. 1-3 - 2017

ISSN 2465-0447

il Mio dolore

DIALOGHI TRA MEDICO, INFERMIERE E PAZIENTE
APPROFONDIMENTI SU ESPERIENZE VISSUTE

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

il Mio dolore

Sommario

La cura del dolore cronico è una difficile strada sempre in salita /3
Giustino Varrassi

Consulta un esperto /5
Fabrizio La Mura e Lorenza Saini

La voce dei pazienti /8

La storia di Carla /11
Manuela Rebellato

La storia di Eleonora /13
Manuela Rebellato

Il 28,4% della popolazione soffre di dolore cronico /17

Ma perché i medici dovrebbero occuparsi di più di social media e salute sul web? /19
Lorenza Saini

Linguaggio e medicina /25
Giustino Varrassi

I dolori del "giovane" Ötzi /26
Lelia Saini Bertelli

Notizie
Medico e paziente: un decalogo di "diritti e doveri" per una nuova relazione alla base della cura /30

Realizzazione editoriale a cura della Fondazione Paolo Procacci Onlus, in collaborazione con l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, l'Associazione Sammarinese per lo Studio del Dolore

Quadrimestrale edito dalla Fondazione Paolo Procacci Onlus
Via Tacito 7 - 00193 Roma - info@fondazioneprocacci.org
ISSN 2465-0447

Anno 3 • N. 1-3-2017

© Copyright 2017 Fondazione Paolo Procacci Onlus

finito di stampare nel mese di dicembre 2017
da Solari Grafiche srl, Roma

Autorizzazione Tribunale di Roma n.14/2015 del 2 febbraio 2015
Dir. Resp. Lorenza M. Saini

Grafica e impaginazione: Osvaldo Saverino

Hanno collaborato a questo numero: Brunella Bassetti, Stefano Coaccioli, Fabrizio La Mura, Lorenza Saini, Lelia Saini Bertelli, Manuela Rebellato, Giustino Varrassi

Foto di copertina: Created by Creativeart - Freepik.com

La cura del dolore cronico è una difficile strada sempre in salita

Giustino Varrassi

La strada per un'adeguata cura del dolore cronico, appropriata e sostenibile, pare proprio essere sempre in salita. A giudicare dalle richieste di informazioni che i pazienti inviano alla Fondazione Paolo Procacci e all'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, la malattia dolore cronico non gode ancora in Italia di quella stessa attenzione che hanno ottenuto altre patologie.

E questo nonostante i progressi degli ultimi anni, sia in campo scientifico che organizzativo, penso per esempio alla Legge 38/2010, che ha inteso trasformare in legge il diritto a non soffrire inutilmente, indicando modalità e regole per strutturare un servizio che offrisse centri specialistici dedicati al dolore cronico non oncologico e alle cure palliative, incoraggiando la formazione medica e assistenziale con corsi e master.

Nelle pagine che seguono abbiamo estrapolato alcuni casi emblematici di pazienti che ci hanno contattati, sono "testimonial" veri, persone normali che faticano a trovare la strada terapeutica che possa dar loro sollievo.

Il dolore cronico risulta infatti essere una delle patologie di più frequente osservazione nell'ambulatorio del medico di medicina generale e questo è documentato anche da recenti indagini: se ne parla nell'articolo a pagina 17 dedicato all'indagine svolta a Narni, che indica nel 28,4% l'incidenza di dolore cronico tra la popolazione, confermando dati di anni fa, senza alcun nemmeno lieve miglioramento. Trapela anche l'ipotesi concreta che l'incidenza reale dolore cronico possa essere molto sottostimata.

Divulgare quindi la cultura della valutazione e del trattamento del dolore e della sofferenza è fondamentale per assicurare la qualità delle cure erogate ai pazienti. Migliorare la relazione tra medico e paziente è altrettanto importante. E se le informazioni di salute viaggiano via web e social media, è compito di chi ha le competenze giuste intervenire per la diffusione di notizie corrette e aggiornate, fermo restando che nessuna notizia online, e nemmeno il passaparola, potranno mai sostituire la valutazione del paziente nelle appropriate sedi (a pagina 19 si parla di medici e social media).

Occorre tra l'altro fare attenzione anche alle notizie spesso allarmistiche sui farmaci. Negli USA da qualche tempo assistiamo a una vera e

propria demonizzazione degli analgesici più potenti di cui il povero clinico del dolore e l'ancor più povero malato dispongono, gli oppioidi. Il pericolo non sta nei farmaci ma nel come li si usa, va chiarito il loro reale ruolo nella terapia del dolore e vanno insegnati a medici e malati pregi e difetti di una classe farmacologica che va usata con estrema competenza e attenzione, come è proprio di tutti i farmaci molto potenti e efficaci.

Se ciò è vero per gli oppioidi, non è meno vero per altri analgesici, quali i FANS. A sentire le testimonianze di alcuni malati che si rivolgono a questa istituzione, si ha l'impressione di sognare. Ne dico una per tutte. Ad una giovane donna vengono prescritti cicli di cura con ketoprofene 200mg per 2/die, per una probabile infiammazione cronica. La signora in questione incomincia ad avvertire da subito disturbi addominali, verosimilmente da effetti collaterali sull'apparato gastro-enterico. Si aggiungono alla terapia dei gastroprotettori. La sintomatologia, invece che migliorare, peggiora, tanto da indurre i congiunti ad accompagnarla al Pronto Soccorso di uno dei più famosi ospedali italiani. Lì, fatta la anamnesi, oltre ad antispastici, le si applica una flebo con dentro 60mg di ketorolac. Ciò che ne è conseguito immagino sia facilmente intuibile.

Competenze aggiornate, dialogo e alleanza tra medico, paziente e tra chi lo assiste nelle cure e nella riabilitazione restano le fondamenta per offrire possibilità di cure adeguate che possano migliorare la vita dei nostri pazienti. ◂

Giustino Varrassi
Presidente Fondazione Paolo Procacci Onlus
Presidente eletto 2019-2021 World Institute of Pain

CONSULTA UN ESPERTO

Il servizio della Fondazione Procacci in collaborazione con l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore è attivo dal 2010

Fabrizio La Mura e Lorenza Saini

Tipologia dei pazienti che si rivolgono al servizio "Consulta un esperto"

Sono prevalentemente pazienti che già hanno tentato varie terapie, hanno visitato più centri e più specialisti, sono pazienti ormai diventati "esperti", se così si può dire, della loro malattia. Si sono documentati, descrivono dettagliatamente le terapie farmacologiche seguite, sono precisi nel descrivere sintomi e problematiche. Non è facile rispondere loro e ovviamente qualsiasi consiglio è imprescindibile dalla visita medica del clinico, ma talvolta da quanto scrivono si può già intuire quale può essere il problema. A pazienti con situazioni molto complesse e per i quali sarebbe veramente cruciale stabilire un rapporto di cura, e di fiducia, con uno specialista, si alternano talvolta pazienti dove la componente di sofferenza psicologica (depressione, forte stress) è predominante. Con delicatezza si cerca di suggerire anche questa strada, per aiu-

tarli a capire meglio l'origine del problema, cioè l'amplificazione della intolleranza al dolore non giustificata dal quadro clinico generale.
Alcuni pazienti chiedono informazioni generiche, su cosa è la terapia del dolore, dove sono i centri che se ne occupano, rivelando una scarsa conoscenza generale dell'esistenza di centri nella propria regione o della legge che sancisce il diritto a non soffrire. Magari nemmeno lo hanno chiesto al medico di famiglia, nell'ottica del "fai da te" o del "mi ha detto un amico che l'ha sentito in TV che…". Ultimamente ci è pervenuta qualche richiesta di informazioni in più sulla cannabis terapeutica.
Poche le domande sugli oppiacei, anche se per alcuni rappresentano ancora solo i farmaci del fine vita.

Problematiche assistenziali e terapeutiche riscontrate

Dalle domande che ci vengono rivolte abbiamo inoltre riscontrato delle criticità, che proviamo a sintetizzare anche se meriterebbero un approfondimento e una soluzione personalizzati, per offrire un migliore trattamento per una malattia che in alcuni casi degenera in cronicità e dolore cronico ("La Malattia Dolore"):
1. ancora scarsa informazione sull'esistenza di centri specialistici regionali, principalmente da parte del paziente ma in alcuni casi anche da parte del medico curante, rispetto alle informazioni sulle cure palliative e di fine vita.
2. servirebbe una maggiore educazione del paziente, che spesso ritiene che sentendo più specialisti ha più possibilità di cura. Ma se il giro delle "sette chiese" non porta risultati migliorativi i problemi

Fibromialgia

Sono stanca di vivere. Vi scrivo perché non so più cosa fare. Ho 37 anni, disoccupata per cause di forza maggiore: il dolore continuo alla schiena mi costringe a letto, con dolori costanti e lancinanti, contratture muscolari, muovo con difficoltà testa collo braccia e spalle. Se esco (assai di rado), riesco a farlo prendendo oppioidi, me li ha prescritti il mio medico di fiducia, perché non sapeva nemmeno lui dove sbattere la testa. Per qualche ora ho un po' di tregua, ma ne devo prendere in quantità, e non so se faccia bene, ma poi il dolore ricomincia… la mia pazienza è davvero al limite, non ce la faccio piu a "non vivere" la mia vita, a stare chiusa in casa e sdraiata a letto.
Cosa mi consigliate? Attendo con ansia una Vostra risposta.

Le è stata posta diagnosi di fibromialgia, una diagnosi che però non convince del tutto la paziente perché ha sentito pareri medici diversi. Si è sottoposta a Tac, risonanze, elettromiografie, radiografie, ma senza ottenere indicazioni significative. Ma da ulteriori elementi descritti dalla paziente, qui non citati, potrebbe trattarsi di sindrome fibromialgica, nel qual caso è consigliabile un'assunzione regolare di oppioidi e di rivolgersi quanto prima a un centro multidisciplinare dove l'algologo lavora con il fisiatra e con lo psicologo. La soluzione non è immediata, ci vogliono pazienza ed empatia con lo staff medico, ma non ci si deve arrendere (ndr).

restano e il paziente si deprime. Per combattere e alleviare il dolore cronico occorre purtroppo spesso molta pazienza e costanza – sia da parte del Medico che del Paziente – prima di poter raggiungere risultati apprezzabili.
3. La qualità del rapporto medico paziente, della relazione di cura è cruciale per il successo della terapia, o perlomeno per migliorare la qualità di vita.
4. La sensibilità e formazione del medico sulla terapia del dolore è fondamentale per impostare un percorso diagnostico terapeutico efficace, in particolare per sindromi complesse come la fibromialgia.
5. Molti casi segnalati sono conseguenze di interventi chirurgici e/o di dolore post operatorio non adeguato.
È noto, infatti, che diversi casi di dolore cronico si verificano a seguito di un dolore intra- e post operatorio non trattato adeguatamente e proprio l'Anno Mondiale contro il Dolore 2017 è stato dedicato al dolore post operatorio della International Association for the Study of Pain.

Come funziona il servizio

Le richieste dei pazienti vengono smistate a specialisti e a centri più vicini alla residenza del paziente, spesso chiedendo un doppio parere. Gli specialisti a cui ci rivolgiamo sono esperti di medicina del dolore, prevalentemente anestesisti, neurologi, internisti, reumatologi e psichiatri.
La risposta è formulata come "consiglio" operativo, infatti qualsiasi indicazione più precisa resta imprescindibile dalla visita medica. Forniamo tutte le informazioni utili per fissare un appuntamento, per i pazienti più gravi cerchiamo di agevolare la possibilità di un contatto diretto con lo specialista, tramite email o telefono, segnalando anticipatamente la complessità del caso. Trovare la strada giusta per stabilire un rapporto di fiducia con il medico, nel percorso talvolta altalenante, tra alti e bassi di successo della terapia, è spesso la chiave di volta del successo del servizio che offriamo.

La voce dei pazienti

Nelle pagine seguenti riportiamo alcuni casi di richieste di aiuto ricevute, che testimoniano direttamente la voce dei pazienti, la problematicità della malattia dolore cronico, le loro difficoltà e disorientamento. Abbiamo cercato di scegliere tra i casi più complessi. Alcune richieste di consulenza sono state sintetizzate, di altre sono state citate alcune frasi significative per documentare le gravi difficoltà che affrontano i pazienti con dolore. Per rispetto della privacy sono stati omessi nomi, località e dettagli di storia di vita che potessero in qualche modo identificare il paziente. I farmaci sono citati con i nomi dei principi attivi e non con il nome commerciale.
Un particolare ringraziamento a tutti i pazienti che si sono rivolti con fiducia alla Fondazione Procacci e all'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore. Raccontare la propria esperienza, chiedere aiuto sono azioni importanti, non solo per trovare un'adeguata soluzione al problema personale, ma anche per offrire la possibilità di far parlare e sensibilizzare su di un problema di salute veramente invalidante, di cui ancora il sistema sanitario non si occupa opportunamente e approfonditamente e che richiede spesso un approccio di cura articolato e complesso. ◂

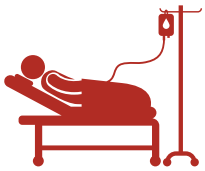
La voce dei pazienti

Nervo lesionato
A causa di un intervento chirurgico mio padre ha avuto un nervo lesionato. Da 10 anni assume 100 gocce di tramadolo al giorno più gabapertin e triazolam. La sua vita, e anche quella di tutta la nostra famiglia è cambiata. Ora ha una forte depressione, con umore instabile, aggressività e non si controlla, ha perso pure memoria. Cosa dobbiamo fare?

Dolore cronico post chirurgia di superficie
Mio figlio maggiore soffre di dolori cronici al collo e al braccio, i medici ci hanno spiegato che è uno strascico dell'operazione che ha fatto per togliere una ciste sebacea.
Ha provato di tutto, compreso gli oppiacei.

Dolore alla schiena: la cannabis funziona?
Ho visto in televisione un programma dove si parlava dell'uso di un farmaco a base di marijuana efficace nella terapia del dolore e del laboratorio che lo produce. Mia sorella soffre di dolore cronico alla schiena che nemmeno l'intervento per le vertebre schiacciate ha risolto. Potrebbe funzionare questa nuova terapia?

Dolore pelvico cronico
Soffro da 12 anni di dolore pelvico cronico. Ho dovuto lasciare la mia professione e cercare alternative in settori completamente diversi, ma vivo malissimo, sia lo stare in piedi che seduta su certe superfici aumenta i bruciori diffusi.
I miei sintomi sono: bruciori uretrali, contrattura

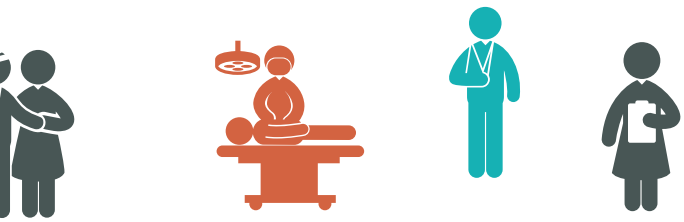


del pavimento pelvico spesso di carattere bruciante.
Test neurofisiologici parlano alterata conduzione del nervo pudendo senza evidenziare però una precisa localizzazione di eventuale danno.
Percorsi terapeutici: farmaci (pregabalin, duloxetina, clonazepam), infiltrazioni con botox e lidocaina, neuromodulazione sacrale, fisioterapia.

Neuropatia del nervo pudendo
Soffro da anni di neuropatia del nervo pudendo (bruciori lievi vie urinarie e senso di peso-contrattura bruciante al pavimento pelvico). Ho assunto tanti farmaci ma senza migliorare. Uno specialista mi ha spiegato che il dolore si è "centralizzato" nel corso degli anni. Cosa vuol dire, dove lo curano? Attualmente non so come trattarlo.

Anziana con dolore cronico e deficit cognitivo
Mia zia è molto anziana, da anni soffre di dolore cronico, da un anno è iniziato il decadimento intellettivo accompagnato da depressione. Sta così male che non vuole più vivere, ed è sempre a letto. Prende solo paracetamolo e paracetamolo+codeina, per problemi di coagulazione del sangue. La sua pensione e i suoi risparmi sono assorbiti dalla necessaria assistenza di due badanti. Siamo andati anche in un centro della nostra città, sono stati gentili ma ci hanno detto che non si può fare altro, lei sta sempre peggio e vuole morire.

Fortissimi dolori al retto e all'ano
Ho subito vari interventi al colon, ultimamente anche la ricostruzione dello stomaco e una colecistectomia. Ho dolori fortissimi in particolare al retto e all'ano, con le conseguenze che potete



Neuropatia post-herpetica

Mio nonno ha 84 anni, dal 2010 soffre di neuropatia post-erpetica. Ha preso pregabalin e antidepressivi, ma è particolarmente sensibile ai loro effetti collaterali e i problemi causati (confusione mentale, difficoltà nel parlare e nel deambulare) superavano nettamente gli effetti positivi. A causa di questi effetti mio nonno ha smesso forse anzitempo le terapie, contro il parere di quasi tutti i medici consultati, che ci dicevano di insistere per permettere all'organismo di "assuefarsi". I pareri non concordi ci hanno disorientato. Gli hanno messo un elettrostimolatore midollare ma non ci sono stati grandi miglioramenti, tanto che è stato rimosso (mio nonno pensa anche che tale tentativo abbia peggiorato la situazione perché la zona della colonna interessata dall'intervento si è ulteriormente sensibilizzata). Inoltre da anni, mio nonno soffre di artrite reumatoide, tenuta abbastanza sotto controllo.
Attualmente il dolore (prevalentemente definito come allodinia) si è attenuato rispetto all'inizio, cerca di controllarlo con il paracetamolo, ma persiste e, come tutti i dolori cronici, ha influito decisamente sull'umore di mio nonno e forse, vista l'età, comincia qualche segnale di deterioramento cognitivo, seppure di grado moderato.
Questi sono i farmaci che assume, sono tanti: omeprazolo 20mg,1 cp/die; metilprednisolone 16, 1/4cp /die; metotrexate 15 (1 volta a settimana)/Calcifolin; idrossiclorochina 200mg, 1cp/die; paroxetina 20 mg, 1cp/die; colecalciferolo 50000 (una volta al mese); acetil-L-carnitina 500mg 1cp/die; paracetamolo 1000 mg (max 3 al giorno). A volte diclofenac 150mg, o etoricoxib 90mg.

(una prova di quanto le terapie siano spesso una vera e propria accozzaglia, che si stratifica negli anni, ndr)

immaginare. Alcune funzioni organiche della vita quotidiana per me sono una tragedia di dolore insopportabile. Attendo un nuovo intervento, ma sto malissimo. Mi hanno detto che esiste la terapia del dolore. Potrebbe aiutarmi a sopportare il dolore?

Bruciori dolorosi ai piedi

Da circa 3 mesi soffro di terribili bruciori ai piedi, se appoggio i piedi a terra o cerco di camminare anche pochi minuti, il bruciore diventa insopportabile e ho fitte su tutte le gambe. Prima che iniziassero questi bruciori, ho avuto fascicolazioni e fitte tra ginocchio e caviglia a entrambe le gambe. Al tatto sembra tutto normale e non si vede nulla sulla pelle. Esami eseguiti: risonanza lombare, elettromiografia, ecodoppler, sangue, reuma test, esami ormonali, tiroidei, colonscopia, tutti con esito negativo. Tre visite neurologiche, una dermatologica, due angiologiche, due ortopediche, una reumatologica senza trovare una soluzione. Da una settimana soffro anche di tremendi bruciori di stomaco, nonostante il gastroprotettore. La mia vita è un inferno.
Meglio morire.

Ricoveratemi e cercate di capire perché ho dolore

Siamo alla ricerca di un centro specializzato che ricoveri mio cognato per capire finalmente la causa del dolore e avere una terapia che possa migliorare la sua qualità della vita. Soffre di dolore cronico da molti anni. Tante terapie farmacologiche, interventi, neurostimolatore midollare, agopuntura... senza successo.

Dolore insopportabile dopo intervento chirurgico alla schiena

Mio fratello durante un intervento di ernia ha avuto una gravissima emorragia che lo ha lasciato tetraplegico. Soffre di forti dolori centrali midollari, non controllabili con le terapie finora utilizzate (oppioidi, cannabis, elettrostimolazione). Solo quando si sveglia la notte non ha dolore. Ci hanno detto che l'ipnosi può aiutare.

Dolore cronico del collo e della testa

Mio fratello due anni fa ha fatto delle manipolazioni chiropratiche al collo, da allora ha sintomi persistenti che non gli danno tregua. I sintomi sono: tensione e compressione alla testa, dolore in zona occipitale, internamente alla nuca sente come delle ferite e qualcosa che le stuzzica e irrita, tensione al viso, dolore alla mandibola, dolore alle arcate sopraccigliari, dolore al collo, alle spalle e alle braccia. Tali sintomi sono persistenti e continui, variano solo di intensità. I farmaci assunti non hanno fatto effetto (paracetamolo, cortisone, antinfiammatori, gabapentin, tramadolo, ossicodone cloridrato-naloxone cloridrato). Abbiamo fatto numerose indagini diagnostiche tra cui una RMN cervicale dalla quale sono emerse fibrosi muscolari e legamentose tra C0-C2. Ad oggi sono stati consultati numerosi ortopedici, fisiatri e neurochirurghi ma le terapie provate non hanno cambiato la situazione. ◂

Si ringrazia per la consulenza, anche ai fini della revisione dei testi, il dottor Fabrizio La Mura, specialista in anestesia e rianimazione presso il Day Service Chirurgico Multidisciplinare Aziendale (Dir. Dott. F. Barbangelo), Presidio Ospedaliero Bisceglie-Trani, Asl BAT, già Coordinatore del Centro di Cure Palliative Hospice Don Uva, Bisceglie, Rappresentante Regione Puglia dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore.

Per rispetto della privacy sono stati omessi nomi, località e dettagli di storia di vita che potessero in qualche modo identificare il paziente. I farmaci sono citati con i nomi dei principi attivi e non con il nome commerciale.

La storia di Carla

Manuela Rebellato

La casa di Carla è nel bosco.
Immersa nel verde della collina torinese, dalla strada non la si vedeva sino a quando non ci si andava quasi a sbattere contro, intorno alberi, cespugli di rose e gelsomino, un piccolo viale, un giardino.
Ci vivevano Lei, il marito ed il figlio di sette anni. Carla dalla figura esile, il volto ovale incorniciato da lunghi capelli scuri, una gonna a pieghe, una camicetta, un golfino , le scarpe ai piedi, al nostro primo incontro mi accolse sull'uscio e mi fece entrare in casa e in un pezzettino della sua vita.
Mi raccontò della sua malattia, aveva il cancro ad un rene che le aveva procurato delle metastasi al fegato, già fatti due cicli di chemiotera-

pia era determinata a guarire.
Risoluta nel dichiarare di voler essere sempre messa al corrente dell'evoluzione della malattia e di tutte le strategie terapeutiche, mentre parlava le sue mani si muovevano e con gli occhi mi studiava, poi mi domandò se fossi una mamma e scoprimmo che, oltre ad essere coetanee, avevamo entrambe un bambino di sette anni.
Rivedo, con gli occhi della memoria, la sua camera da letto, sulla parete il calco della mano del bambino e poche righe: "La mia mano diventerà grande, crescerà forte ma non perderà il ricordo del tocco della mamma né la sua tenerezza."
La malattia avanzava rapidamente, sopraggiunse il dolore che veniva controllato con i farmaci ma restava la sofferenza di chi stava perdendo la speranza, la sua camera si caricò allora di silenzio e di rabbia.
La mamma e la zia di Carla si trasferirono nella sua casa.
Ricordo il sorriso triste delle due donne, il loro sguardo, quel darsi da fare a preparare pietanze nella speranza che Carla mangiasse e soprattutto la ricerca di rendere normale ciò che normale non era in un continuo adattamento alla realtà.
Il mio arrivo la mattina veniva atteso, la prima fleboclisi andava a seguire la colazione e dopo ce n'era una seconda. Sul comò, accanto a due belle fotografie ed una lampada, si trovavano i flaconi, le fiale e le siringhe per la terapia; accanto al letto una sedia a rotelle per facilitare gli spostamenti. Quando Carla non si spostò più nemmeno in carrozzina e non potette andare a vedere il suo giardino, questo venne fatto entrare, recisi i fiori, posti dentro vasi furono sistemati in casa.
Un giorno, in cui le cure si dovettero protrarre particolarmente a lungo e l'ora di pranzo da un po' era passata, non potei rifiutare di mangiare "almeno qualcosa" con loro.
Pareva che la normalità nelle situazioni difficili non esistesse più ed invece semplicemente cambiava; le piccole cose divennero enormi: un sorriso, uno sguardo, una parola detta sottovoce piuttosto che un'espressione del volto. La sensibilità si acuì, sembrava di cogliere anche le più piccole sfumature e di arrivare forse più vicini all'essenza delle cose.
Anche la percezione del tempo che scorreva mutava ed i piccoli attimi recuperavano la dignità di porzioni di esistenza diventando per questo preziosi.
Una mattina Carla mi comunicò di voler registrare i suoi pensieri, il suo sentire, la sua voce, per il figlio, sorrideva triste, sapeva di non avere più molto tempo e quello che rimaneva lo voleva dedicare al bambino ed a sé.
Le venne portato un registratore e per chi le stava accanto risultò davvero straziante sentirle lasciare parole per un futuro che a lei non apparteneva più.
Una settimana dopo Carla entrò in coma... ◂

Il testo è trattto dal volume Incontri di Manuela Rebellato, Daniela Piazza Editore, Torino (2003)

La storia di Eleonora

Manuela Rebellato

Entro nella casa alle sei di sera, fuori è già buio e le strade incominciano a gelare, è inverno. Il calore dell'appartamento mi avvolge e mi scalda.
Ad accogliermi un uomo, a cui mi presento, in una stanza aperta vedo due donne parlare, la più giovane mi sorride, l'altra si avvicina per salutarmi e poi non ricordo più chi mi accompagna nella camera di Eleonora.
Nel letto lei è piccina, protetta da tante coperte, la testa bianca abbandonata sul cuscino e sul viso l'espressione ingenua e vulnerabile che solo un bimbo o un grande vecchio possono avere.
Percepisco la sua fragilità, le mani piccole dalla pelle quasi trasparente, gli occhi che rimangono chiusi, il respiro impercettibile. Eppure sento che è lì con tutto ciò che è stata e quel che ha rappresentato.
Figlia prima, moglie e madre poi e non importa quanti anni abbia o l'età dei suoi figli, lo è ancora.
Tante volte mi sono chiesta quando si cessi di esserlo e la risposta che mi sono data è forse mai.
Mi avvicino a lei, sfiorandole la mano la saluto e le dico chi sono, anche se le parole possono aver perduto il loro significato restano il suono, il ritmo, il timbro della voce.
Provo un grande rispetto per lei, gli anni vissuti, le battaglie vinte e perse nella sua lunga vita, la dignità e la tenerezza che ancora esprime il suo volto e che lo rendono bello.
Ed è con questi sentimenti che

prima di curarle le ferite, mi scaldo le mani e la massaggio o meglio le accarezzo le spalle e la schiena. Attraverso le mani mi faccio conoscere e la riconosco e le chiedo il permesso di poterla curare. Credo che la comunicazione non avvenga solo sul piano verbale ma che passi anche attraverso il tatto; le nostre mani ed il nostro corpo dicono. Sono consapevole che questo modo di comunicare sia molto più profondo, non consenta bluff o rettifiche, quello che c'è passa dall'uno all'altro senza censure.

Nella camera la luce è stata resa più dolce e meno diretta per non ferirle gli occhi e non voglio che si accendano altre lampade per favorire me nel medicarla.

Accanto a lei il figlio, che mi osserva, mi studia, cercando di capire se saprò occuparmi di sua madre se riuscirò a non farle male, se sarò abbastanza attenta, sento e comprendo la sua diffidenza.

Sono un'estranea che entra nella loro casa perché c'è la malattia, io so poco di loro e loro sanno di me solo quel che possono vedere e che sono un'infermiera.

Mi offre il suo aiuto e senza perdere nemmeno un mio gesto, mi chiede come spostarla, ripete i miei movimenti, distoglie solo un istante lo sguardo dalle piaghe nel momento in cui le scopro ma poi le guarda. C'è pena nei suoi occhi e tristezza e rabbia, gli sorrido e gli domando se mi solleva una manica del golf che sta scivolando, ci stiamo occupando insieme delle cure alla sua mamma e nel riuscire a rendersi utili forse si stempera un pochino il dolore. Mi torna in quel momento alla memoria una persona a me cara che mi diceva, quando ero ragazzina, che se le mani sono impegnate la testa ed il cuore parlano più sottovoce.

I nostri gesti sono lenti, lievi, misurati, nel muoverla ci alterniamo a tenerla tra le braccia per non farle provare la sensazione del vuoto e di cadere.

E poi lui quasi timidamente mi chiede: "Posso massaggiarla anch'io come ha fatto lei?"

Gli insegno come fare a scaldare rapidamente le mani e gli porgo l'olio di mandorle.

Vedo il controllo che si impone, attento alle sue mani grandi, forti che all'inizio si muovono un po' goffe per la paura di schiacciare e poi si sciolgono e scivolano parlando un loro linguaggio proprio. In quel momento mi pare di essere di troppo, tante sono le emozioni ed i sentimenti che passano tra la madre ed il figlio.

Mi allontano di qualche passo badando a non fare rumore per preparare la terapia.

Poi mi volto, lo guardo ed intanto penso al fatto che lui ha un po' di anni più di me, è cresciuto in un'epoca in cui gli uomini venivano educati a non mostrare le proprie emozioni perché erano considerate debolezze, però decido di dirgli lo stesso che percepisco la sua sofferenza per dargli la possibilità di parlarmene se ne ha voglia. ◂

Il testo è trattto dal volume Incontri
di Manuela Rebellato, Daniela Piazza Editore,
Torino (2003)

LA MEDICINA VESTITA DI NARRAZIONE

Brunella Bassetti

In un breve scritto del 1930 "Sulla malattia", Virginia Woolf criticava l'evidente inconsistenza dei temi legati a salute e malattia nella tradizione letteraria. Questa sua recriminazione, pur vera qualche decennio fa risulta, oggi, in fase di superamento.

"In futuro rammenti sempre che una buona terapia non è quella scientificamente supposta come tale bensì quella che un paziente accetta all'interno della sua cultura e delle sue aspettative di una vita completa. Sto realizzando una sorta d'itinerario, un viaggio e un percorso che si snodano e si sviluppano attraverso la parola scritta di lettere e vario materiale cartaceo. Il tentativo di riuscire a trovare l'immagine completa che ognuno ha di sé o vorrebbe avere, come malato ma, soprattutto, come uomo. Forse la voglia di capire ancora più a fondo il passato per poter affrontare situazioni che mi si prospettano nel presente. È un'esigenza profonda che reclama di essere ascoltata. È una persona, un essere umano, una vita intera a essere imprigionata in una stanza di ospedale e non soltanto un corpo malato attaccato a tubi. Un giorno mi piacerebbe che ripensasse alle nostre chiacchierate, a ciò che ci siamo detti … al di là di una diagnosi infausta o meno" (MR, luglio 2008).

"Molte volte in queste settimane ho ripensato alle discussioni sulle cure che ho avuto con lei. Le questioni e le osservazioni che mi poneva erano lucidissime e scomode ma fertili per una riflessione critica sulla nostra esperienza di trovarci l'uno di fronte all'altro, lei da malato, io da medico" (A.A., agosto 2008).

Queste riflessioni sono l'esempio concreto di come possa nascere, e quindi sia possibile, una relazione medico-paziente nuova e rinnovata nei comportamenti, nella metodologia, nelle aspettative dell'uno e dell'altro. Il paziente racconta al medico la propria storia di malattia e questa costituisce la descrizione più vera e completa del suo malessere. Il malessere fisico e i valori numerici sono facilmente classificabili e intellegibili, le difficoltà aumentano quando a essere descritto è il "dolore". Essendo altamente soggettivo è un concetto che

sfugge a ogni definizione oggettiva, fuorché per grado d'intensità e sede.
Tuttavia, la medicina dei nostri giorni ha uno strumento in più: sollecitare il malato a raccontare la sua storia e disporsi ad ascoltarla. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso terapeutico personalizzato fondato sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. La figura del paziente non si esaurisce in una persona da curare, non è un oggetto di cura ma diventa soggetto ovvero il malato partecipa da protagonista.

Una medicina "cucita" addosso al paziente

Ne parla ampiamente nel suo libro "La malattia vestita di narrazione" il prof. Sandro Spinsanti (Direttore dell'Istituto Giano per le Medical Humanities). Nel libro vengono esplorate e descritte le diverse declinazioni della narrazione della malattia e della cura e, al contempo, approfondito il valore che oggi può avere il racconto e l'ascolto nella relazione medico-paziente. Il "racconto" diventa il protagonista di questo rapporto, di questa relazione, di questa empatia. Attraverso il racconto si comprende e si conosce l'altro, si cura e ci si cura, si guarisce.
Le vicende del corpo, i tumulti legati al dolore acquistano il loro completo spessore e significato solo quando vengono "illuminati" dalle arti narrative. La medicina che si serve dell'ascolto e della comunicazione non è antagonista della medicina di precisione. Sono le due facce di questa professione: la sola che la cultura del nostro tempo riconosce come "buona medicina".
La narrazione in sé ha un potenziale curativo inimmaginabile, sia come strumento di comunicazione delle esperienze di malattie, sia come strumento riflessivo per la costruzione di significati interpretativi della realtà che si sta vivendo e affrontando. Inoltre, è uno strumento per penetrare in profondità nelle cause e nelle ragioni di eventi; i particolari che vengono raccontati costruiscono una storia, diventano reali e determinano la storia stessa.
Con il "raccontare" si compie una sorta di "collegamento" dalla duplice funzione: tra la propria interiorità e il contesto in cui si è immersi, implicando sempre un confronto dialogico. Le storie, le malattie, il dolore divengono mezzo di condivisione ed esposizione di problemi cui medico e paziente devono trovare una soluzione.

È una nuova figura quella che si sta sviluppando negli ultimi anni: un professionista della salute diviso tra elevati sviluppi tecnologici, supportato dalla medicina basata sulle evidenze e recupero del rapporto medico-paziente dove la narrazione della patologia del paziente al medico è considerata al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa. I percorsi di cura sono vari e molteplici e accanto ai protocolli standardizzati di cerca di creare il collegamento che ogni narrazione ha la sua cura. L'ascolto del paziente ha appunto una valenza diagnostica, oltre che umanitaria. La narrazione è la porta d'accesso al mondo interiore di ciascuna persona.

La medicina apre le porte alla mente e al cuore, diventa umanistica e umana. ◂

Il 28,4% della popolazione soffre di dolore cronico

I risultati del questionario di Narni

1293 questionari analizzati:
739 donne - 544 uomini - (10 non dichiarati)
età media: 58 anni

dolore cronico:
28,4% (maschi 21%, donne 34%)

dolore grave:
51,5% dei casi, con prevalenza nelle donne

dolore moderato:
42,8 %

dolore lieve:
4,4%.

Un gruppo di ricerca coordinato dal prof. Stefano Coaccioli, Università di Perugia-Terni, ha fotografato la prevalenza di dolore cronico, in dato arco di tempo, nella popolazione della città di Narni, con uno studio "cross sectional"*, come si dice con linguaggio tecnico.
Grazie alla collaborazione del Comune di Narni, a tutti gli abitanti di età dai 18 anni in su sono stati inviati dei questionari con domande chiare e semplici: sull'esperienza del dolore negli ultimi 3 mesi, localizzazione del dolore, durata e frequenza dei sintomi del dolore, terapia in corso e risultati clinici.
Le domande hanno valutato i seguenti elementi:
intensità e sede del dolore (il dolore è un dolore continuo / cronico?; quale parte del tuo corpo è solitamente affetta da dolore? articolazioni / muscoli / schiena / addome / pelvi / altri;
quanto è grave il tuo dolore:
lieve/tollerabile/moderato / grave / estremamente grave / insopportabile);
tipo di dolore (fitta / puntura di spillo / lancinante / bruciante/ scossa elettrica);
terapia in corso ed esito clinico (come il trattamento ti aiuta a ridurre il dolore? altamente / modestamente / scarsamente, quale farmaco prendi per trattare il tuo dolore?).
Una domanda chiedeva della conoscenza della Legge 38.
Il sondaggio è stato compilato dai partecipanti in modo anonimo. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Regione Umbria per la ricerca medica.

Risultati

Sono state analizzate 1293 risposte al questionario inviato e questi sono i risultati essenziali, maggiori dettagli e approfondimenti sono disponibili nell'articolo originale, che è stato pubblicato dal Journal of Pain Research**.
Chi ha risposto: il 57,2% donne, il 42,1% maschi.
L'età media era di 58 anni; il 67,4% aveva un par-

tner, il 53% proveniva dall'area urbana e il 34,5% soffriva di patologie concomitanti (diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, asma).
La prevalenza di dolore cronico è risultata del 28,4%, maschi 21%, donne 34%. Nel 51,5% dei casi, il dolore era grave, sempre con prevalenza nelle donne. Il 42,8 % ha riportato dolore moderato e il 4,4% dolore lieve. Il dolore aumentava decisamente con l'età, e questo spiega anche perché l'età media di chi ha risposto al questionario era di 58 anni. Il 77,9% delle persone con dolore cronico stava seguendo una terapia. L'analisi dei farmaci prescritti ha mostrato i seguenti risultati: il 46% degli individui assumeva farmaci anti-infiammatori non steroidei; Il 22% paracetamolo; 7% glucocorticoidi; oppioidi deboli il 3%; 2% pregabalin; e 1% gabapentin; mentre il 19% non seguiva alcuna terapia. Le persone anziane avevano maggiore probabilità di seguire una terapia.
La maggior parte (61,9%) non era a conoscenza dell'esistenza di una legge specifica che stabilisce il diritto alla cura del dolore.

Conclusioni e riflessioni

I risultati sono sostanzialmente allineati ad altre indagini fatte a livello europeo, sicuramente un aspetto su cui gli autori invitano a riflettere è che in generale il dolore non è percepito come una malattia cronica a sé stante e questa convinzione è testimoniata anche dal tasso di risposta al questionario, inferiore rispetto ad altre indagini simili svolte su argomenti come il cancro, l'HIV, le malattie cardiovascolari. Queste considerazioni suggeriscono anche l'ipotesi realistica che l'incidenza reale e la prevalenza di dolore cronico possano essere molto sottostimate. Aumentare quindi la consapevolezza del problema rappresenta sicuramente un passo importante per studiare con accuratezza l'epidemiologia del dolore cronico, prevenirlo e migliorare le strategie di cura. (LS) ◂

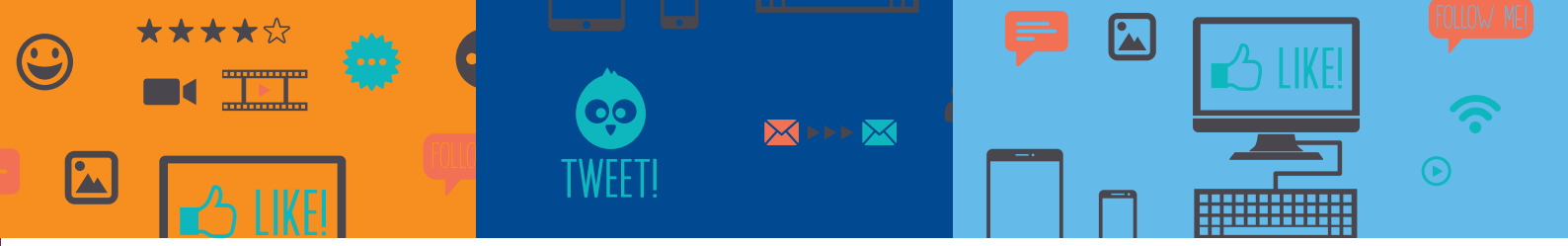
*Studio cross-sectional o studio trasversale: in una popolazione si valuta, in un determinato istante, l'esposizione a un possibile fattore di rischio e la presenza di malattia (prevalenza)

**Per saperne di più: questo è il link al testo completo che potete trovare online: goo.gl/gmMhA7. L'articolo è in inglese ed è stato pubblicato nel numero di novembre 2017 del Journal of Pain Research (2017:10 2577–2584). Il titolo è Assessment of chronic pain and access to pain therapy: a cross-sectional population-based study. Gli autori sono: Rosaria Del Giorno, Paolo Frumento, Giustino Varrassi, Antonella Paladini, Stefano Coaccioli.

Come è nata l'idea di questa indagine sul territorio

Ce lo spiega il prof. Stefano Coaccioli, Direttore della Clinica Medica, Reumatologia e Terapia Medica del dolore, Professore associato di Medicina Interna, Università degli Studi di Perugia, Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni. È stato eletto presidente dell'Associazione Italiana per lo studio del Dolore per il biennio 2018-2020. Nel Consiglio Direttivo della Fondazione Paolo Procacci e della European Pain Federation EFIC®.

Lo stimolo per realizzare questa ricerca è nato dalla consapevolezza che il dolore cronico non è ancora adeguatamente valutato e trattato, nonostante ben due Leggi dello Stato (la Legge Ospedale-Territorio senza Dolore del 2001 e la Legge sull'accesso alla Terapia del Dolore del marzo 2010) ed un Codice Etico dedicati a questa problematica.
Da qui la necessità di poter disporre di dati epidemiologici controllati e di sicuro significato scientifico: ecco perché è stata scelta una piccola città del centro Italia come Narni, in ordine alla possibilità di raccogliere dati di popolazione omogenei e facilmente controllabili nel tempo.
Insieme ai coautori dell'indagine sento il dovere di ringraziare la Municipalità di Narni per il sostegno economico fornito alle varie fasi di realizzazione dello studio. Un affettuoso e sentito ringraziamento va ai componenti delle Associazioni di Volontariato (in particolare le Associazioni "Narni contro il Cancro" e "Lida Proietti") che si sono prodigati nella raccolta dei questionari distribuiti alla popolazione coinvolgendo scuole, centri commerciali, farmacie e parrocchie.



Ma perché i medici dovrebbero occuparsi di più di social media e salute sul web?

Lorenza Saini

Se lo chiedono in molti professionisti, sebbene siano in molti a sminuire, a ragione o a torto, quella che pare essere ormai una realtà di fatto, confermata anche dal recente 51° Rapporto Censis: tra i nuovi miti di oggi i social network sono al primo posto per i giovani under 30, poco dopo, con tre punti di distacco, c'è il posto fisso. Il primo posto dei social network permane anche tra i 30 e i 44 anni, però con uno scarto di circa 1 punto percentuale rispetto al posto fisso, e passa al secondo posto solo nell'immaginario collettivo del gruppo di età compreso tra 45-64 anni, dove il 42,1% ritiene più importante il posto fisso, rispetto ai social network, 28%.

Whatsapp è usato dall'85,8% dei giovani tra i 14 e i 29 anni, Facebook dal 79,9%; questo a fronte di un dato, per la popolazione totale, del 65,7% di utenti Whatsapp e 56,2% di utenti Facebook.

Non abbiamo ancora risposte alla domanda del titolo ma sicuramente abbiamo capito che c'è da ragionarci su, raccogliendo un po' di dati utili per capire meglio come si è evoluto il pensiero di medici e pazienti su questo strumento di comunicazione

Cosa cercano online i pazienti? come si comportano?

In un articolo di Elena Gonzalez-Polledo, studiosa di etnografia presso la London School of Eco-

nomics, pubblicato nel 2016 sulla rivista Social Media+Society (*Chronic Media Worlds: Social Media and the Problem of Pain Communication on Tumblr*), veniva presentata una ricerca sulle comunità di malati cronici presenti su piattaforme "social" come Instagram e Tumblr.
Gonzalez-Polledo analizzava le "community" di pazienti con fibromialgia, emicrania, malattia di Crohn e artrite. Nel gruppo venivano condivise informazioni, raccontate come in un diario personale, selfie, raccomandazioni, consigli, creando "scale del dolore alternative" che misuravano anche l'impatto sociale e psicologico del dolore, che spesso non è riconosciuto nelle valutazioni cliniche. La conclusione dell'autrice è che i social "offrono l'opportunità di far comprendere l'esperienza del dolore a chi non ne soffre" e offrono ai malati cronici la possibilità di condividere con chi ti capisce, perché nella tua stessa condizione, dando sollievo e senso di vicinanza. Si sa, la comunicazione e la condivisione aiutano.

Qualche numero dai sondaggi
Una recentissima ricerca Censis presentata a dicembre 2017 ci dice che sono 15 milioni gli italiani che, in caso di piccoli disturbi (dal mal di testa al raffreddore), cercano informazioni sul web. Se il medico di medicina generale (53,5%) e il farmacista (32,2%) restano le principali fonti di informazione, decolla il ricorso ai diversi canali web (28,4%). Il 17% degli italiani consulta siti web generici sulla salute, il 6% i siti istituzionali, il 2,4% i social network. In particolare, tra i *millennial* sale al 36,9% la quota di chi usa autonomamente il web per trovare informazioni su come curare i piccoli disturbi.
Ma 8,8 milioni sono stati vittime di fake news nel corso dell'anno. Il 69,2% ritiene che sarebbe comunque utile avere sui siti web e/o sui social network informazioni certificate sui diversi temi relativi alle piccole patologie e ai farmaci senza obbligo di ricetta.
La ricerca Censis-Monitor Biomedico (2014) già ci informava che a utilizzare internet come fonte di informazione sanitaria è ormai il 42% degli italiani. Il 78% si informa su patologie specifiche, il 29% per cercare medici e strutture, il 25% per prenotare visite, esami o comunicare tramite e-mail con il proprio medico.
Un'altra indagine successiva, Web in salute-FADOI, Federazione Associazioni Dirigenti Medici Ospedalieri Internisti,

15 milioni di italiani cercano informazioni in rete per i piccoli disturbi

8,8 milioni sono stati vittime di fake news nel corso dell'anno

69,2% ritiene utile avere informazioni certificate nei siti e nei social sulle piccole patologie e i farmaci OTC

Principali fonti di informazione

MMG 53,5%
farmacista 32,3"
canali web diversi 28,4%:
- **17% siti web generici**
- **6% siti istituzionali**
- **2,4% social network (36,9% tra i nati dopo il 2000)**

Fonte, Censis 2017

condotta su di un campione di 745 navigatori online, ci descrive questa situazione: nel 2015 la percentuale di consultazione Internet è arrivata all'83% (qualche volta, 38% o spesso, 45%). Il 64% ha trovato informazioni su di un trattamento terapeutico negli ultimi 12 mesi e il 49% ne ha parlato con il suo medico, mentre il 40% è stato sollecitato a parlare di un problema di salute di cui non aveva mai discusso prima; il 30% ha acquistato in farmacia il trattamento trovato online senza chiedere al medico. Il 54% degli intervistati, dopo aver parlato con il medico di un'informazione trovata online, ha ricevuto queste indicazioni dal medico: gli è stato prescritto un farmaco con obbligo di prescrizione (54%), suggerimenti per modificare il proprio stile di vita (48%), prescrizione di un farmaco da banco (30%), prescrizione di analisi diagnostiche e di laboratorio (71%), o consigli per rivolgersi a una struttura sanitaria (22%).

Il 40% ha dichiarato che il nome del farmaco/trattamento prescritto dal medico era lo stesso trovato in Internet.

Più recentemente, il rapporto Web Observatory* comunica che gli argomenti più ricercati online riguardano l'alimentazione (3%), le terapie (37%), e ben il 13% ricerca soluzioni definitive. C'è poi il sondaggio effettuato dall'istituto Eumetra Monterosa di Milano, attraverso interviste telematiche (metodo CAWi) nel mese di aprile 2017 a un campione di 400 cittadini. Subito dopo la televisione, lo strumento di comunicazione è il web e, in particolare, i social media. Ne suggerisce l'utilizzo più di metà (53%) degli intervistati, in particolare i più giovani: tra i 18-24enni più del 70% richiede l'impiego della rete per la diffusione dei messaggi sociali in ambito sanitario. Con una particolare enfasi tra gli studenti, ma anche tra gli insegnanti e, in genere, tra chi detiene una

Decalogo anti bufale sulla salute

LE DIECI REGOLE D'ORO PER ORIENTARSI SULLA SALUTE TRA WEB E SOCIAL

L'ha compilato Daniela Poggio, direttore comunicazione Sanofi Italia, in un articolo pubblicato su Sanità24-Il Sole 24 Ore, lo scorso 11 aprile 2017.
Citiamo i punti essenziali, indicando con (...) la presenza nel testo originale di spiegazioni più articolate.
Il testo completo è online nel sito www.sanita24.ilsole24ore.com

1. Le fonti prima dei contenuti
(...) Meglio affidarsi a siti istituzionali o ufficiali, che garantiscono autorevolezza e rigore scientifico.

2. Il dottor Google non è laureato in medicina
La ricerca su Google spesso porta in primo piano contenuti personalizzati in base a ciò che Google sa di noi o siti che vantano molte visite per motivi non sempre legati alla loro autorevolezza. (...)

3. Blog e forum: belle storie, poca scienza

4. Mai chiedere l'età, sempre chiedere la data
La data di pubblicazione di un articolo è importante. (...)

5. Ho cercato i miei sintomi: sto per morire (...)
Importante leggere con senso critico e affidarsi sempre al medico.

6. Più è facile, meno è affidabile

7. Lo dice La stampa!
Anche per i contenuti con migliaia di condivisioni sui social vale la regola delle fonti. (...)

8. Complottisti della salute: no grazie

9. Farmaci online: solo sui siti sicuri

10. Basta: vado dal medico!
Medico e farmacista devono restare i principali punti di riferimento per decidere in materia di salute. Cercare informazioni può essere utile per saperne di più, ma sulla scelta di un percorso di cura solo il medico può fornire informazioni corrette e ponderate.

laurea o titolo equipollente. E tra i residenti nei centri di più ampie dimensioni.
Qualcuno suggerisce, sia pur con una minor frequenza relativa di risposte, anche l'impiego di brochure e materiale informativo (36%), anch'essi particolarmente richiesti dai giovani (e, allo stesso tempo da chi possiede titoli di studio più bassi). E anche della stampa (25%), del numero verde (22%), specie nelle regioni del nord-Ovest e della cartellonistica (25%), anch'essa particolarmente apprezzata da giovani e studenti.
Meno ricordato appare invece l'impiego degli Urp e dei punti informativi, citati da "appena" il 17% degli intervistati, ancora una volta caratterizzato da titoli di studio medio-bassi e residenza nei centri di minori dimensioni.

Sentiamo ora la "campana" dei medici

L'informazione nel web su temi di salute va presa con cautela

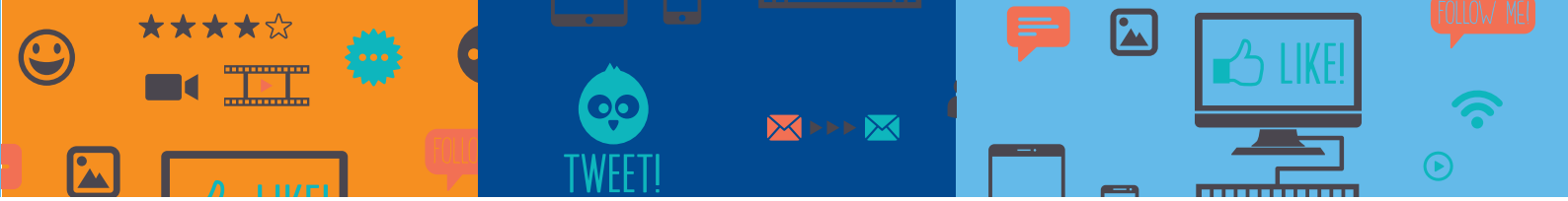
Online si legge di tutto, abbondano i consigli di salute e le notizie di medicina hanno grande risalto, tanto che un giorno siamo invitati tutti a seguire una certa dieta anticancro, anticolesterolo o anti Alzheimer, per citare alcuni temi, e un altro giorno nuovi studi propongono altre terapie. Il timore che il web fornisca informazioni parziali, frammentarie, imprecise è quindi ampiamente giustificato e la capacità del singolo utente di distinguere tra fonti di informazione serie e ufficiali non è per niente certa.
Quanti pazienti vanno dal medico dicendo: ho letto su internet che... (una volta si leggeva l'enciclopedia). Tanto che lo slogan "Non confondere la tua ricerca su Google con la mia laurea in medicina" ha avuto un tale successo che è sotto copyright ed è diventato un gadget venduto online, stampigliato su felpe, magliette, tazze.
Ma è anche vero che non si può fare diagnosi online, il rapporto diretto medico paziente è imprescindibile.

I sondaggi

Sempre secondo la ricerca Web in salute, per il 44% l'informazione di salute online non aiuta a educare e informare i pazienti sui trattamenti disponibili per loro e per il 57% non aumenta la compliance dei pazienti nel seguire raccomandazioni, test diagnostici o prescrizioni. Le notizie online incoraggerebbero i pazienti a cercare trattamenti di cui non hanno bisogno (29% delle risposte), a ricorrere al fai da te (38%), a fare accertamenti diagnostici non necessari (40%), senza fornire peraltro informazioni equilibrate sui rischi e sui benefici (32%).
Tra il 45% dei medici che riconosce un qualche tipo di effetto positivo all'informazione di salute online, solo l'8% lo definisce un "grande effetto positivo" e il 37% "piccolo effetto positivo". Per il 44% dei medici intervistati le informazioni che i pazienti hanno letto in Internet su patologie e terapie sono "per nulla accurate", il 10% dei medici ha prescritto lo stesso trattamento menzionato online perché era quello più efficace per quel paziente (88%), secondo il 35% la discussione con il paziente per parlare di quanto letto online ha prolungato negativamente i tempi di visita.

Verso una nuova rivoluzione copernicana?

I dati italiani della ricerca internazionale condotta da McCann Health (2016) hanno individuato un elemento importante alla base della forte perplessità dei medici (nonostante, questo va ricordato, siano comunque attivi gruppi social tra professionisti): stiamo vivendo il passaggio da una concezione tolemaica del sistema sanitario, dove il medico è al centro, a quella "copernicana" dove il paziente è



il perno attorno a cui ruota tutto. Da una parte il medico ritiene che gli strumenti digitali siano utili ai propri pazienti (70% degli intervistati), permettendo di avere un dialogo più produttivo e rendendoli più consapevoli del proprio stato di salute. Dall'altra il medico pensa che con un così ampio accesso a Internet si aumenta il rischio di autodiagnosi scorrette (secondo il 59% degli intervistati) e di ipocondria (per il 35%). Per quanto riguarda i social media, i clinici intervistati pensano che 1 persona su 5 dia più fiducia ai social che alla sua opinione professionale.

Che fare allora?

Un articolo di Marjorie Podraza Stiegler, medico, pubblicato su *Anesthesiology News* ha cercato di inquadrare il dibattito in modo diverso, per capire meglio se e come medici e pazienti potrebbero giovare di un uso intelligente dei social. Secondo l'autrice i medici devono utilizzare Facebook, Linkedin, Twitter e altre reti per una serie di motivi che considera convincenti.

In sintesi: innanzitutto, hanno l'obbligo professionale di essere visibili in rete. Oltre agli enormi vantaggi per i pazienti, i medici possono sfruttare i social media per migliorare la carriera, sia essa accademica o in ambito ospedaliero o privato. Ha quindi cercato di definire una "strategia digitale", individuando alcune domande principali e le risposte possibili:

- *Perché i medici dovrebbero preoccuparsi dei social media?*

I pazienti cercano informazioni online? questo è già un buon motivo per l'inserimento online di informazioni importanti e serie, per aiutare i pazienti a orientarsi in modo più corretto nella rete.

TV, stampa, rete enfatizzano molto le notizie riguardanti la salute, citando anche recenti pubblicazioni, che magari non sono di vero interesse per il medico competente, ma che hanno comunque un impatto sul grande pubblico? tenere d'occhio le notizie di tendenza può essere utile per rispondere ad eventuali domande del paziente.

- *Come funzionano i social media nell'ambito dell'assistenza sanitaria?* I medici, già appesantiti da burocrazia e inserimento dati online, possono usare i social media senza perdere tempo ed energie?

I social media sono molto utili per diffondere articoli e ricerche pubblicate dal medico.

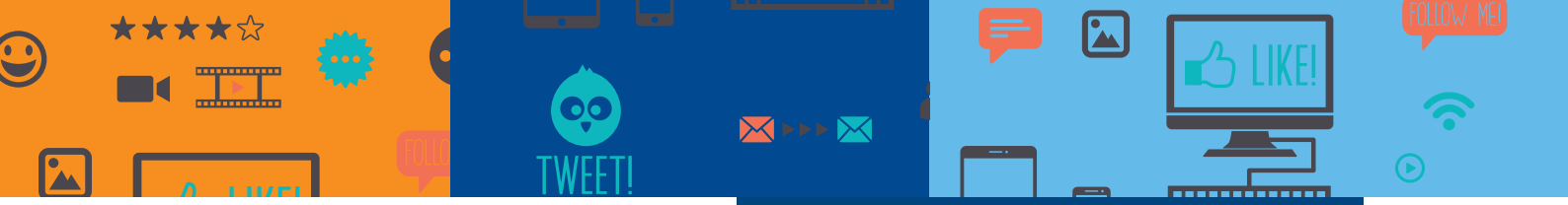
Tramite i social si può condividere la partecipazione a congressi ed eventi formativi. Non tutti hanno il tempo per seguire tutti i convegni: "tweeting the meeting" può accelerare la diffusione di relazioni interessanti, terapie innovative ecc.

Il medico che comunica in rete l'attività del proprio centro può trovare partner di ricerca e validi collaboratori, può ampliare gli orizzonti di ricerca.

Se il suo nome, o quello dell'ospedale dove lavora, appare tra i primi suggerimenti di Google, i pazienti lo potranno trovare con più facilità.

La diffusione delle conoscenze e l'avanzamento della scienza è uno dei motivi principali per cui si pubblica nelle riviste specialistiche. E anche le migliori riviste accademiche hanno un tasso di lettura sicuramente inferiore rispetto al web. Pubblicare online i propri articoli, in piattaforme come ResearchGate, per esempio, può dimostrare l'interesse dei lettori per il lavoro svolto, con numeri di visualizzazioni e download: una carriera di successo dipende da quanto è noto il lavoro e il tuo nome, condividere le idee con tante persone che forse ne beneficerebbero è una buona cosa.

La presenza online permette anche di entrare in contatto con una rete internazionale con pochi click. I post pubblicati sui social possono diventare anche un modo per archiviare rapida-



mente articoli di interesse.
Ed ecco nel box a fianco **le raccomandazioni per i medici**, importanti però per rassicurare i pazienti.
Da brava pragmatica americana l'autrice ricorda anche che non si interagisce sui social durante la visita!
Tutto sommato sono consigli pratici e di buon senso. L'era dell'informazione digitale è iniziata da tempo e occorre imparare a gestirla in modo utile e intelligente. Una questione così delicata come la comunicazione sulla salute, che è un pubblico servizio non può sicuramente essere generica e frutto di improvvisazione.

** I dati del Web Observatory sono stati presentati all'Istituto Superiore di Sanità il 6 dicembre 2017, nel corso di un evento organizzato da Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) Foundation in collaborazione con Università di Roma Tor Vergata, Health Web Observatory, WHIN-Web Health Information Network e Medi-Pragma.*

Riferimenti di approfondimento essenziali
- *51° Rapporto Censis, 2017: www.censis.it*
- *Sull'indagine McCannHealth/Italy: www.mccannhealth.com/mccann-health-italy*
- *L'articolo di Elena Gonzalez Polledo è consultabile online nel sito della rivista http://journals.sagepub.com/home/sms*
- *L'articolo di Marjorie Podraza Stiegler "Social Media and Digital Strategy For Physicians: Why and How" è stato pubblicato il 6 ottobre 2017 nel sito www.anesthesiologynews.com*

Raccomandazioni per i medici

- ricordarsi sempre di specificare che si stanno condividendo informazioni sulla base della propria esperienza e competenza sul tema
- non fornire mai consigli specifici, che potrebbero essere interpretati come prescrizioni online
- rispettare il segreto professionale e la privacy del paziente, Non postare mai informazioni su ipotetici casi con dati realmente collegabili a un paziente, che si può riconoscere o può essere riconosciuto da qualcuno che sa dove lavora il medico e con chi
- ricordarsi che anche i post su forum riservati sono sempre da considerarsi pubblici
- usare sempre un linguaggio professionale negli interventi online
- rispettare le eventuali politiche di pubblicazione sui social raccomandate dall'istituzione di appartenenza
- indicare eventuali conflitti di interesse, nel caso di interventi su strategie terapeutiche.

Linguaggio e medicina

Giustino Varrassi

Le nostre modalità comunicative con i pazienti sono importanti. Lo abbiamo sempre saputo. Se questo è vero nella pratica clinica di ogni giorno, diviene cruciale nel momento in cui ci si confronta con pazienti fragili e/o affetti da gravi patologie.

In questo articolo appena pubblicato sulla rivista Cancer il 20 novembre 2017 (Course and predictors of post-traumatic stress disorder in a cohort of psychologically distressed patients with cancer: A 4-year follow-up study) un gruppo di scienziati asiatici ha dimostrato che parlare di "lotta al cancro" o "battaglia contro il cancro" fa sprofondare i malati in una grave sindrome da stress post-traumatica, chiara conseguenza del linguaggio usato. Il fenomeno è stato studiato con mezzi altamente scientifici e i risultati non lasciano spazi per dubbi. Dai dati, gli scienziati hanno potuto analizzare che, sebbene il fenomeno abbia la tendenza a ridursi nel tempo, in circa un terzo dei casi esso è persistente, anzi con tendenza all'aggravamento. La loro conclusione stimola a pensare che si dovrebbe proprio individuare questo cluster di pazienti a altissima possibilità di persistente trauma psichico, per adottare nei loro confronti ogni possibile strategia per curarli precocemente. Io sarei più propenso a fare la profilassi, usando un linguaggio totalmente diverso e più soft, da sostituire ai luoghi comuni quali "la guerra contro il cancro".

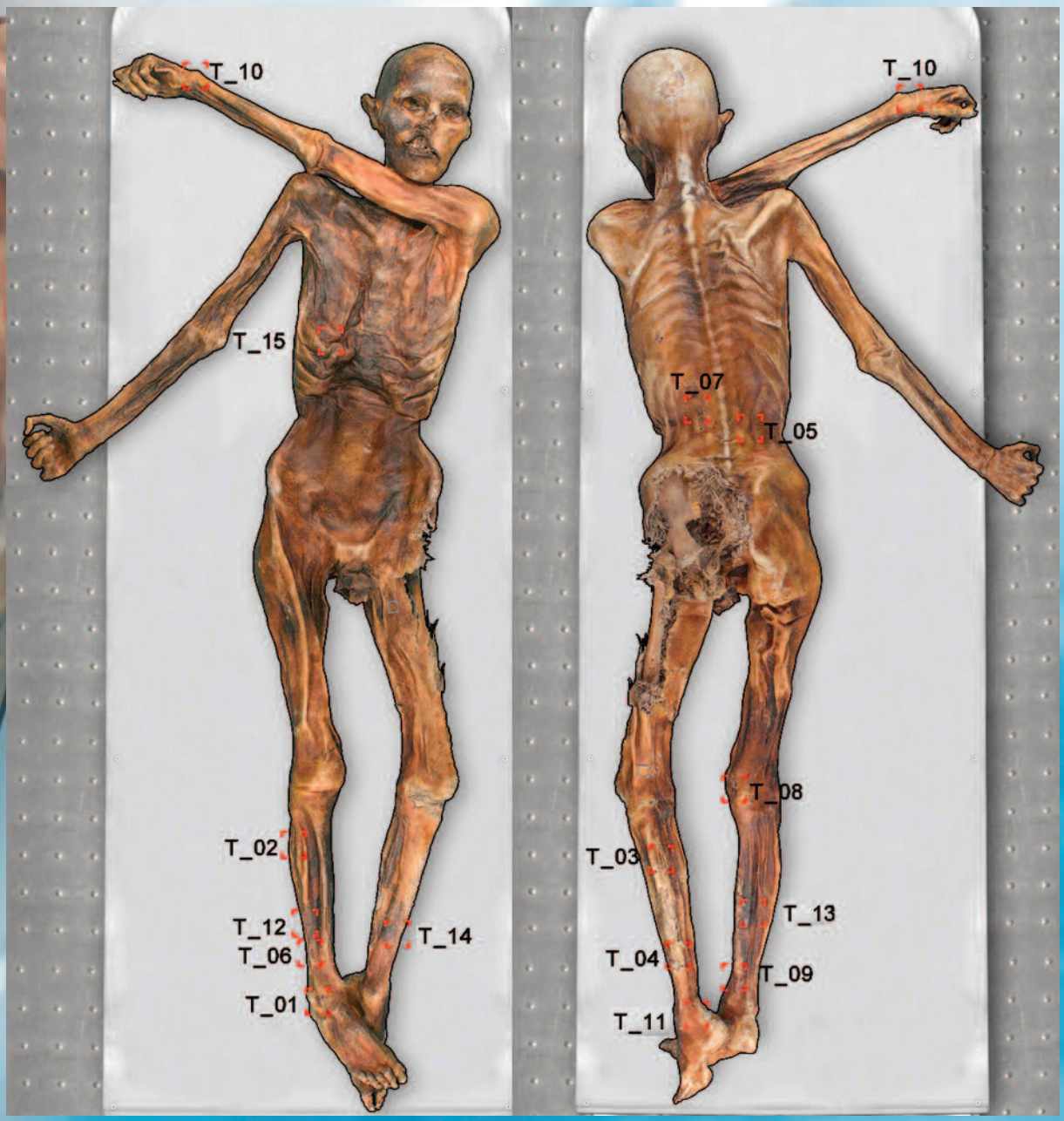
Rebus sic stantibus, potremmo facilmente immaginare che un effetto similare lo si sortisca anche con altri pazienti ad altissimo tasso di fragilità. Parlo, a esempio, dei malati con dolore cronico e gravi concomitanti problematiche psicologiche, in particolare la depressione. Con quei malati, quindi, dovremmo essere particolarmente attenti nel linguaggio che usiamo. Anzi, credo che sarebbe molto utile che ogni Medico del Dolore raffinasse le proprie conoscenze psicologiche, per essere più pronto a affrontare tali eventualità e capire se e quando sia il momento opportuno di chiedere il supporto di uno psicologo o di uno psichiatra, davanti a particolari pazienti. Si. Non c'è dubbio. Quando si presentano da noi malati fragili, dovremmo usare un linguaggio adeguato e per poterlo fare dovremmo essere noi stessi preparati a farlo. Una specifica formazione potrebbe prevenire molti traumi psicologici nei nostri pazienti, che meritano di essere rassicurati e non calati in un clima di guerra e potenziali pericoli.

I dolori del "giovane" Ötzi

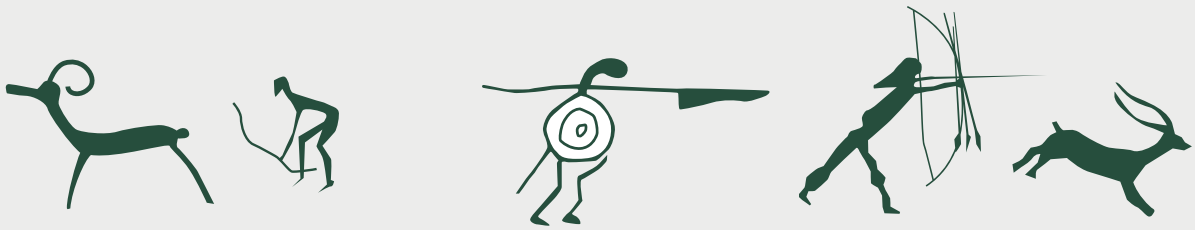
Lelia Saini Bertelli

La mia carta di identità

«Mi presento: mi chiamo Ötzi, o perlomeno questo è il nome che mi ha dato un giornalista, in onore del ghiacciaio della catena montuosa dell'Ötztal, nel Tirolo del Nord, dove il mio corpo è stato trovato nel 1991 da una coppia di escursionisti tedeschi. Ma, di nomi, i paleontologi che si sono subito occupati di me (perché, lo sapete, io sono vissuto ben 5.300 anni fa!) me ne hanno dati tanti altri: l'Uomo



© Museo Archeologico dell'Alto Adige/- www.iceman.it



del Similaun, Ice-Man, l'Uomo venuto dal ghiaccio… sempre in memoria dei luoghi e delle circostanze del mio ritrovamento, nelle Alpi Venoste. Devo dire che il soprannome Ötzi è il mio preferito, perché è un vezzeggiativo, e per me significa un piccolo atto d'amore e di tenerezza verso la mia persona, che scientificamente è stata definita da voi moderni una mummia. Per farvi un'altra piccola confidenza sui nomi che voi del Duemila potreste attribuirmi, ho saputo che il vostro caro commissario Montalbano della tv mi avrebbe chiamato un "quarantino", perché sembra che io, al momento del decesso, avessi sui 45 anni, ma di anni ne dimostro almeno 10-15 in più: vorrei vedervi a voi andare in giro tutto il giorno a 3.200 metri di altezza, a cacciare fra rocce appuntite e burroni, vestito solo di pelli, col freddo boia che fa da queste parti… Però mi sono attrezzato: per stare alcuni giorni lontano dal mio accampamento, ho con me arco, faretra e frecce, ascia immanicata di rame, un pugnale di selce con fodero, un ritoccatore (così lo chiamate voi, sarebbe un piccolo strumento a forma di matita che io uso per lavorare la selce), ma anche contenitori in legno di betulla e una gerla. Un bel giorno, anzi un brutto giorno, sentite cosa mi è successo…».

Un "noir" fra le rocce

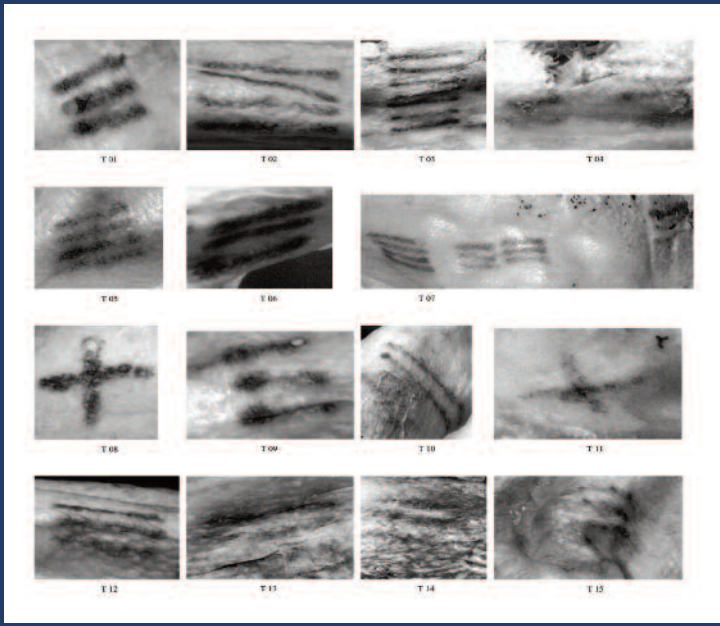
A questo punto riprendiamo noi il racconto di Ötzi, questo cacciatore, ma anche contadino e allevatore, vissuto nell'Età del Rame, il cui corpo mummificato, conservato alla perfezione per secoli e secoli, fu trovato affiorare dal ghiaccio, assieme a tutto il suo vestiario dai coniugi Erika e Helmut Simon di Norimberga, nel settembre del 1991: evidentemente le condizioni climatiche (era stata un'estate molto calda) avevano favorito lo scioglimento del ghiacciaio in cui l'uomo era rimasto intrappolato per circa 5.300 anni, trafitto dalla punta in selce di una freccia conficcatasi nella sua spalla sinistra che, recidendo l'arteria, ne avrebbe provocato la morte per emorragia. Ma chi può essere stato l'assassino di Ötzi? Questo nessuno può dirlo, evidentemente una vendetta consumatasi fra clan rivali, o con un altro cacciatore che bazzicava la zona, con cui il Nostro aveva un conto in sospeso: questo lo proverebbe una profonda ferita da arma da taglio sulla mano destra, risalente ad alcuni giorni prima della morte, procuratasi probabilmente in una lotta corpo a corpo con un nemico giurato, con ogni certezza lo stesso che lo aveva colpito a tradimento, scagliandogli la freccia dal basso, a quasi 100 metri di distanza.

Il corpo di Ötzi: misteri e congetture

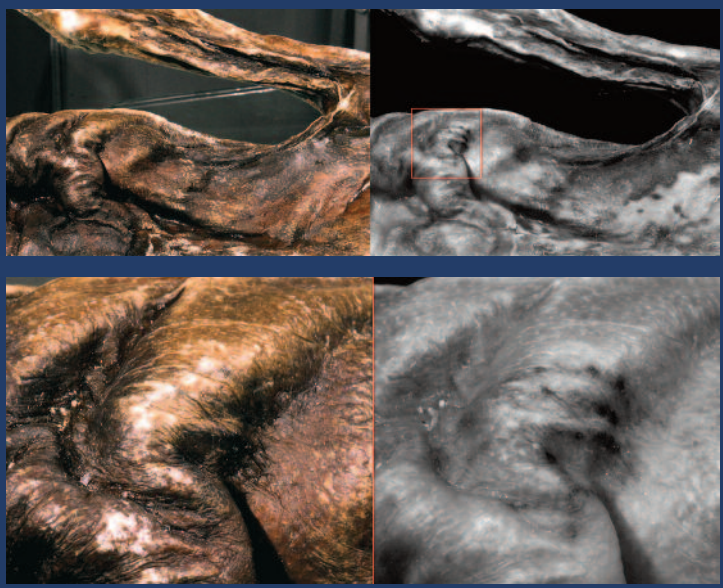
Fin dal momento del suo ritrovamento, l'Uomo del Similaun ha destato enorme interesse nel mondo scientifico: a prendersene cura fu, da subito, un team di ricercatori austriaci, che trasferirono il corpo nell'Istituto di Medicina legale dell'Università di Innsbruck, convinti com'erano tutti che Ötzi fosse stato fatto fuori in territorio austriaco: invece, manco a farlo apposta, si scoprì pochi mesi dopo che il delitto era avvenuto sul suolo italiano, a nemmeno 100 metri dal confine con il Paese della principessa Sissi. Ecco perché, dal gennaio 1998 il

Il corredo di Ötzi

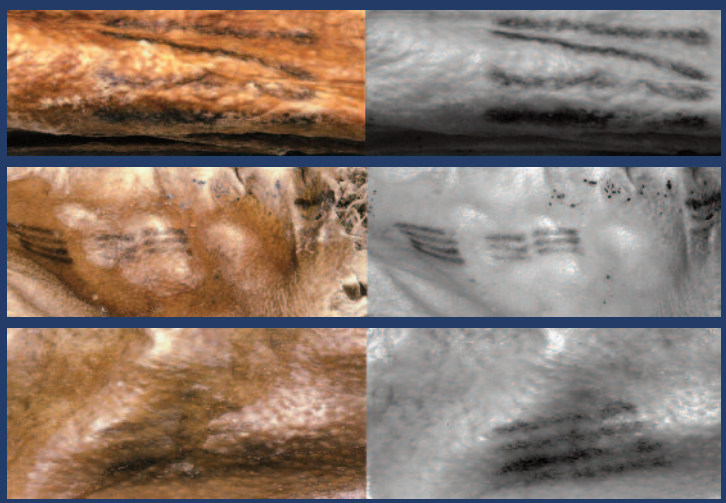
Öetzi era equipaggiato alla grande per potersi permettere di rimanere a lungo in alta montagna. Il suo vestiario, pratico ma dotato anche di un certo gusto estetico (come dimostra la sopravveste a strisce di pelle di pecora e capra a sfumature chiare e scure alternate, cucita con fili d'erba) comprendeva anche dei "leggings", un perizoma, e un berretto di pelo d'orso bruno. I materiali usati dall'Uomo del Similaun sono pelliccia e pelle di cinque tipi di animali, ma anche erba essiccata, per foderare, ad esempio, la tomaia delle calzature.



© Museo Archeologico dell'Alto Adige/- www.iceman.it



© Museo Archeologico dell'Alto Adige/- www.iceman.it



© Museo Archeologico dell'Alto Adige/- www.iceman.it

corpo mummificato dell'Uomo venuto dal ghiaccio riposa giustamente nel Bel Paese: a conservarlo è il Museo Archeologico dell'Alto Adige di Bolzano, in una cella frigorifera (i visitatori possono osservarlo da una finestrina) che riproduce le condizioni originali del ghiacciaio: una temperatura costante di - 6° Celsius e un'umidità relativa che sfiora il 100%. Inoltre, per combattere le perdite idriche, la mummia viene spruzzata regolarmente con acqua sterilizzata.

Un fisicaccio

Per essere vissuto all'inizio dell'età del Rame (3300-3100 a. C., quando l'aspettativa di vita media non superava i 30-35 anni), l'Uomo venuto dal ghiaccio, che al momento del decesso aveva intorno ai 45 anni, doveva essere veramente una forza della natura: alto circa 160 cm, fisico snello e scattante, un volto incorniciato da lunghi capelli scuri e ondulati, inargentati da qualche filo bianco, e gli occhi marroni; pesava una cinquantina di chili e calzava quello che oggi sarebbe il numero 38. E se è possibile vederlo nel Museo Archeologico di Bolzano, in una ricostruzione in 3D, quello che ci troviamo davanti dice ben poco del suo stato di salute e delle sue condizioni fisiche, che invece sono emersi dalle più sofisticate tecniche di indagine al servizio della scienza medica.

...con qualche acciacco

Che Ötzi fosse in buona salute generale è un dato di fatto certo, ma... c'è un ma! Nei suoi capelli, ad esempio, sono state trovate molte tracce di arsenico: segno che una delle sue attività prediletta, oltre alla caccia, era la lavorazione dei metalli di rame. Inoltre doveva soffrire di uno stress psico-fi-

Ötzi, l'uomo venuto dal ghiaccio

sico importante, dovuto forse al fatto che era soggetto ad attacchi di dissenteria e di dispepsia, come dimostrerebbe la presenza, nel suo contenuto intestinale, di uova di tricocefalo (Trichuris trichiura), un pericoloso parassita.

Come ti combatto il dolore

Calcoli biliari, aterosclerosi, patologia degenerativa articolare, sciatica: di tutti questi malanni soffriva Ötzi, come dimostrato dai risultati della risonanza magnetica e della tomografia computerizzata fatta nel 2013 sui suoi resti. Ma lui aveva trovato, comunque, un modo di alleviare le proprie sofferenze fisiche: era ricorso al tatuaggio. Sul suo corpo, infatti, sono stati ritrovati ben 61 tatuaggi, costituiti in gran parte da punti, linee e crocette: dal torace alla schiena, dal ginocchio destro al polso sinistro, dai polpacci alle caviglie, queste piccole incisioni (fatte probabilmente con un ago d'osso) costellano - con un certo criterio logico e non casuale - la pelle dell'Uomo venuto dal ghiaccio. A che scopo ricorrere a queste scarificazioni cutanee, che poi venivano da lui "colorate" con il carbone vegetale? Escludendo una finalità estetica od ornamentale (i segni, infatti, sono distribuiti in zone coperte dalle vesti), gli studiosi sono propensi a credere che i tatuaggi di Ice-Man avessero un puro e semplice effetto terapeutico. Ma c'è di più: ben 9 gruppi di segni tracciati sul suo corpo sono stati localizzati in prossimità dei tradizionali punti di agopuntura che i cinesi da sempre distribuiscono lungo dodici meridiani.

E non è un caso se un articolo di Enrico Martinet, apparso nel 2015 su La Stampa, titoli: «Oetzi, il primo trekker, si curava con l'agopuntura»... ◂

Foto gentilmente messe a disposizione dal Museo Archeologico dell'AltoAdige/Eurac/Samadelli/ Staschitz

A pranzo con Ötzi

Dalle analisi del contenuto gastro-intestinale del nostro uomo, che apparteneva a una società di pastori e agricoltori, è risultato che gli ultimi suoi tre pasti prima di andare all'altro mondo erano a base di carne (di cervo e stambecco), di cereali, in particolare il farro piccolo (Triticum monococcum), e di verdure: il tutto accompagnato da una sorta di estratto di felci, usato come bevanda, anche se alcuni hanno ipotizzato che le fronde di felce fossero state utilizzate come "colino" per passare un formaggio fresco o uno yogurt, rendendolo così più digeribile.

Medico e paziente: un decalogo di "diritti e doveri" per una nuova relazione alla base della cura

Ricostruire un rapporto in crisi, restituendo centralità alla relazione e alla fiducia reciproca, a partire dai diritti e doveri di ciascuno. Non è la storia di una coppia qualunque al centro della nuova campagna "cura di coppia" lanciata da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato presso la Fnomceo, che ha patrocinato l'iniziativa, ma quella rappresentata da medico e cittadino. La campagna è promossa in collaborazione con: associazioni di pazienti, esperti e oltre 20 tra organizzazioni di professionisti e strutture sanitarie, e prevede la realizzazione di un decalogo, un vademecum e la diffusione attraverso i canali digital.
Il vademecum vuole offrire informazioni utili per veder riconosciuti e applicati i contenuti della carta europea dei diritti del malato e del codice di deontologia medica. Riportiamo qui di seguito una versione sintetica del vademecum, citando più estesamente solo tre punti, uno dedicato alla cura del dolore, sezione diritti del paziente, uno al diritto del medico di ricevere completa informazione e un altro al dovere del medico di interagire e confrontarsi con gli altri colleghi, molti problemi di dolore cronico necessitano infatti di un approccio multidisciplinare e di un'interazione con uno staff di professionisti diversi.
Il testo completo è disponibile online nel sito www.cittadinanzattiva.it

Diritti del cittadino

1) AVERE IL GIUSTO TEMPO DI ASCOLTO
2) RICEVERE INFORMAZIONI COMPRENSIBILI
3) CONDIVIDERE PERCORSI DI CURA
4) RICEVERE CURE IN SICUREZZA
5) NON SOFFRIRE INUTILMENTE

Se soffri di un dolore acuto o cronico, o stai affrontando una malattia degenerativa ed a rapida evoluzione, hai diritto a un percorso di cura adatto a combattere il dolore inutile (terapia del dolore) o a preservare al meglio la qualità della vita fino al suo termine (cure palliative).
Ricorda che…
La terapia del dolore è dedicata a persone di tutte le età - a casa, in ospedale o in altri luoghi di cura - a chi è affetto da un dolore acuto persistente (ad esempio dolore post-operatorio, o causato da procedure diagnostico-terapeutiche) o cronico a causa di una patologia.
Vi sono però situazioni e condizioni in cui il dolore non può essere del tutto eliminato, perché i farmaci ed i presidi da utilizzare possono generare effetti negativi sul tuo stato di salute: in questo caso ti saranno spiegati i motivi e le alternative.

Doveri del cittadino

1) NON SOSTITUIRE IL WEB O IL PASSAPAROLA AL MEDICO
2) COLLABORARE CON IL MEDICO
3) RISPETTARE LE PERSONE
4) RISPETTARE GLI AMBIENTI E GLI OGGETTI
5) SEGNALARE DISFUNZIONI

Diritti del medico

1) ESERCITARE LA PROPRIA PROFESSIONALITÀ
2) ESSERE RISPETTATO
3) NON ASSECONDARE OGNI RICHIESTA
4) ESSERE INFORMATO DAL CITTADINO: mi aspetto di ricevere tutte le informazioni utili e essenziali per assicurare la migliore prevenzione, assistenza, diagnosi e terapia, nel rispetto del segreto professionale e della riservatezza dei dati.

Un'informazione reciproca, corretta e completa tra paziente e operatore sanitario è condizione indispensabile per decidere il percorso di cura e soddisfare il diritto alla salute dei cittadini.
La comunicazione tra medico e cittadino è basilare per definire un percorso di cura personalizzato e partecipato. Solo se il medico è informato correttamente e tempestivamente sui sintomi, efficacia della cura, effetti collaterali, medicine assunte, integratori alimentari e prodotti erboristici, eventuali difficoltà nell'assunzione del farmaco, paure, dubbi, è messo nelle condizioni di poter intervenire ed eventualmente modificare le cure.
Come professionista, impegnati a garantire la massima attenzione al rispetto della privacy e alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche.
Ricorda che….
Se il paziente ha difficoltà a ricordare tutto, chiedigli di fare un promemoria scritto, facendosi aiutare da un familiare o dal medico di famiglia.

5) LAVORARE NELLE MIGLIORI CONDIZIONI

Doveri del medico

1) ASCOLTARE
2) INFORMARE
3) RIDURRE O ALLEGGERIRE LA BUROCRAZIA
4) INTERAGIRE E CONFRONTARSI CON ALTRI PROFESSIONISTI: mi impegno a collaborare e a confrontarmi con i tutti i professionisti sanitari utili a garantire il miglior percorso di cura che metta al centro la persona e nel rispetto reciproco delle specifiche competenze. Mi impegno a potenziare e arricchire la mia professionalità attraverso la formazione.

Le diagnosi possono essere particolarmente complesse e possono richiedere competenze specifiche per arrivare a definire il miglior percorso di cura. Per questo può esser necessario collaborare e confrontarsi con altri colleghi: il confronto tra medici permette di giungere più rapidamente ad una diagnosi e di individuare un percorso di cura condiviso, partecipato e che garantisca la continuità terapeutica. La collaborazione con i colleghi e con l'équipe facilita inoltre la presa in carico del paziente nella sua totalità, spostando l'at-

tenzione dalla malattia alla persona fatta di bisogni fisici, psicologici e relazionali favorendo contemporaneamente una migliore alleanza terapeutica e quindi l'adesione alle terapie con esiti migliori.
Compila in modo completo la lettera di dimissione, fornendo al medico curante tutte le informazioni utili alla prosecuzione delle cure. Attenzione!
Le équipe multidisciplinari sono una risorsa per tutti i professionisti sanitari e per le organizzazioni sanitarie. È importante che le strutture sanitarie favoriscano momenti di consultazione e collaborazione multidisciplinari.
5) SEGNALARE sprechi, rischi, disagi, disfunzioni e/o disorganizzazioni, riscontrati nel servizio erogato per far adottare azioni di miglioramento al fine di salvaguardare l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari.

Comprendere e curare il dolore.

LA FONDAZIONE PROMUOVE

- studi clinici
- premi : € 150.000 "Premi per giovani ricercatori" dal 2009 a oggi, sotto forma di borse di studio
  € 50.000 "Premi per migliori comunicazioni a Congressi AISD, Associazione Italiana per lo Studio del Dolore"
  € 70.000 per progetto di ricerca in sviluppo con CNR, Istituto di Farmacologia Traslazionale
- corsi residenziali e online per il personale sanitario
- iniziative editoriali: Pain Nursing Magazine - Italian Online Journal, (www.painnursing.it), la collana dedicata ai racconti dei pazienti "Il mio dolore", libri ed opuscoli
- eventi e campagne di sensibilizzazione
- indagini conoscitive
- mette a disposizione dei pazienti un servizio di consulenza gratuita e promuove campagne di informazione ed educazione della popolazione perché non si rassegni a convivere con un dolore inutile
- ha presentato e promosso a livello europeo il Codice Etico della Medicina del Dolore
- ha contribuito alla fondazione della European League against Pain, EuLAP®
- sostiene la creazione di una specializzazione in medicina del dolore

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

LA RICERCA E LA FORMAZIONE SERVONO A TUTTI!
Aiutaci con una donazione.

Versa il tuo contributo con bonifico bancario intestato alla Fondazione Paolo Procacci Onlus
IBAN: IT 08 Z 08327 03239 000000001820
Dona online con le principali carte di credito, dal sito www.fondazioneprocacci.org

Scegli di destinare il tuo 5xmille alla Fondazione Procacci
Codice fiscale 09927861006

La casella è "Sostegno delle attività di volontariato e associazioni non lucrative di utilità sociale"

41° AISD

CONGRESSO NAZIONALE

Associazione Italiana Studio Dolore

HOTEL ROMA AURELIA ANTICA

ROMA

7-9 GIUGNO 2018

www.aisd.it

TOPICS

- Dolore cronico non oncologico
- Dolore neuropatico
- Dolore pelvico
- Dolore ed osteoporosi
- Trattamenti invasivi nel dolore cronico
- Tecniche complementari nel trattamento del dolore
- Fibromialgia e dolore disfunzionale
- Dolore oncologico
- Dolore osteoarticolare
- Prevenzione della cronicizzazione del dolore
- Dolore e innovazioni tecnologiche
- Cefalee ed algie cranio-facciali
- Aspetti medico-legali nel trattamento del dolore
- Dolore psicogenico
- Dolore nell'anziano
- Ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore acuto e cronico
- Anestesia e analgesia in chirurgia ortopedica
- Cure palliative
- Dolore Post Operatorio

HOTEL ROMA AURELIA ANTICA
Via degli Aldobrandeschi, 223
00163 Roma

COMITATO SCIENTIFICO

Enrico Polati *(Presidente AISD)*
Caterina Aurilio
Daniele Battelli
Stefano Coaccioli
Maurizio Evangelista
Diego M.M. Fornasari
Franco Marinangeli
Nicolino Monachese
Maria Caterina Pace
Filomena Puntillo
Riccardo Rinaldi
Vittorio Schweiger
Andrea Truini
Giustino Varrassi

COMITATO ORGANIZZATORE LOCALE

Maurizio Evangelista *(Presidente COL)*
Vitale Cilli
Antonio Clemente
Edoardo de Ruvo
Paolo Diamanti
Claudio Lo Presti
Davide Muriess
Manuel Soldato
Maurizio Stefani
Bartolomeo Violo

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore onlus
Fondazione Paolo Procacci onlus
Via Tacito 7 - 00193 Roma
www.aisd.it
www.fondazioneprocacci.org
info@aisd.it
info@fondazioneprocacci.org

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

WE DRIVE YOUR EDUCATION
PLANNING

Planning Congressi Srl
Via Guelfa, 9 - 40138 Bologna
Tel. +39 051 300100
cell. +39 340 3628146
Fax +39 051 309477
E-mail: g.spiga@planning.it
www.planning.it