

il Mio *dolore*

DIALOGHI TRA MEDICO, INFERMIERE E PAZIENTE
APPROFONDIMENTI SU ESPERIENZE VISSUTE



Soffri di dolore cronico? Racconta la tua esperienza e condividila con noi

Abbiamo tutti familiarità con l'esperienza del dolore come sintomo, un prezioso sistema di allarme che ci avvisa che un qualcosa di anomalo si sta producendo da qualche parte nel nostro organismo. Sfortunatamente, il dolore non ha sempre questa connotazione "utile". Il dolore cronico che perdura per mesi o anni, o per l'intera vita dell'individuo, può perdere la sua funzione protettiva, persistere molto al di là dell'effettiva rimozione del primitivo stimolo o danno che lo ha generato e divenire una "malattia" di per sé. Il dolore intenso, che limita e impedisce i più comuni gesti di vita quotidiana non riguarda solo i malati di cancro in fase avanzata di malattia, ma anche molte malattie croniche come: l'artrite reumatoide, l'artrosi vertebrale, la nevralgia postherpetica, la fibromialgia, per citarne solo alcune. Il dolore cronico rappresenta un notevole problema di salute, che riguarda milioni di persone in Europa; devono quindi essere presi in considerazione non solo i costi a carico dei servizi sanitari nazionali, ma anche i costi economici che gravano sulle attività produttive e sulla qualità della vita del paziente.

La lotta al dolore è un problema culturale, non solo medico, ed è una sfida prioritaria per la medicina e la scienza, le tecniche i farmaci ci sono ma ancora sono disattese le aspettative di sollievo dal dolore di tanti pazienti.

Chiedi il parere di un esperto scrivi a: info@fondazioneprocacci.org





Sommario

Legge 38/2010: un bilancio /4

Giustino Varrassi

La mia esperienza, ovvero la cattedra del dolore /5

Chiara M.

I risultati del questionario “Valuta e cura il tuo dolore” /8

a cura di Ambra Testa

Medicina di genere e dolore /14

Maria Caterina Pace

Notizie

- Premio Terzani 2016 /15
- Il caregiver familiare e la gestione del dolore oncologico nelle cure di fine vita /15
- Un anziano su due soffre di dolore cronico ma non è adeguatamente curato /16
- Pubblicità televisiva dei farmaci analgesici e corretta e responsabile automedicazione /18
- Mal di denti: dolore molto diffuso tra i poveri /18
- Il significato di dolore: riflessioni dal punto di vista antropologico /19



Per commenti e testimonianze scrivete a info@fondazioneprocacci.org
www.fondazioneprocacci.org

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 e l'Associazione V.A.DO.
Volontariato per l'assistenza domiciliare.



La legge 38/2010: un bilancio



La legge 38 riconosce i diritti dei malati a pretendere una ottimale terapia del dolore nelle strutture pubbliche, organizzate a livello regionale in ambulatori e centri specialistici. Ma basta una legge per risolvere un problema culturale radicato per secoli in modo sbagliato?

Il 15 marzo 2010, dopo che per oltre 15 anni una Commissione ad hoc aveva lavorato intensamente all'interno del Ministero della Salute per sensibilizzare il SSN ai temi importanti della Medicina del Dolore, il Parlamento Italiano approvava una legge che riconosce i diritti dei malati a pretendere una ottimale terapia del dolore nelle strutture pubbliche. L'allora Ministro della Salute, Prof. Ferruccio Fazio, con il supporto della Commissione, sapientemente coordinata da un solerte Dott. Marco Spizzichino, che a tale finalità aveva a lungo lavorato per definire i contorni di quella legge, e con il supporto della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, presieduta dal Prof. Tomassini (anche Relatore della legge), ottiene questo bel risultato.

La legge, molto chiara nei suoi enunciati, ha degli spunti molto innovativi, figli di una lunga negoziazione all'interno della Commissione Ministeriale per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore. Una negoziazione che, come detto, andava avanti dalla prima metà degli anni '90. La legge 38/2010, per la prima volta sancisce una chiara distinzione fra le Cure Palliative e la Terapia del Dolore, un tema che aveva da sempre generato tensioni e malcontenti, tendendo la politica a preferire le Cure Palliative, di maggiore impatto emotivo, rispetto, ad esempio, alle problematiche inerenti ai pazienti con dolore non da cancro, ritenuto una normale situazione clinica e la naturale conseguenza di una malattia.

Come è comprensibile, da quel momento la legge 38/2010 è divenuta il "cavallo di battaglia" di molti che fanno lobbying sul dolore. Ma dopo sei anni, quali sono gli effetti che quella legge ha avuti? Si presume che in un tale lasso di tempo almeno essa sia nota agli addetti ai lavori. Recenti dati, frutto di indagini epidemiologiche in via di pubblicazione, hanno messo in luce che così non è.

In un ampio studio fatto sull'intera popolazione maggio-

renne di un'evoluta cittadina del centro Italia (oltre 8.000 soggetti indagati), si è messo in evidenza che nella popolazione studiata la prevalenza di dolore cronico era di oltre il 28%, con oltre il 31% nel sesso femminile. Di questi, poco più del 35% era a conoscenza di una legge dello Stato che difende il loro diritto a essere curati.

Ancora più drammatici sono i risultati di un ulteriore studio fatto nelle Farmacie di una intera provincia, dove sono stati intervistati tutti i pazienti che avevano una qualche forma di dolore cronico. Solo il 32% degli intervistati, che come detto avevano una diagnosi di dolore cronico, era a conoscenza dell'esistenza di una legge nazionale del genere e solo il 44% sapeva che in Italia esistono dei centri per la cura del dolore. Nessuno era a conoscenza che tali Centri sono resi obbligatori dalla legge e devono essere collocati nell'ambito di un network che preveda una organizzazione in centri hub e centri spoke, per proteggere i malati di dolore e garantire loro una assistenza ottimale.

In sintesi, sembra di tutta evidenza che un problema culturale radicato per secoli in modo sbagliato nella popolazione generale e in quella degli addetti ai lavori non trova la soluzione solo nella promulgazione di una legge. Questa può solo essere un mezzo, ammesso che sia conosciuta e ben applicata. Quindi ancora molto resta da fare, se si vuole cercare di ridurre la altissima prevalenza che il dolore ha nella popolazione generale e se si vuole ridurre il drammatico impatto sociale che tale patologia ha. ◀

Giustino Varrassi

Dal libro "40 anni dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore - Alba di un nuovo giorno",

il testo è scaricabile online nel sito www.fondazioneprocacci.org



La mia esperienza, ovvero la cattedra del dolore*

È passato un po' di tempo da quando ho chiuso per l'ultima volta l'armadietto dove riponevo il mio camice d'infermiera. Ricordo il dolore di quel giorno, sapevo che da quel momento in poi, non sarei più potuta tornare indietro. Avevo resistito e oltrepassato i vent'anni di lavoro ma a un certo punto ho dovuto arrendermi a 'lei' (così chiamo e presento agli altri la mia malattia).

Tutto è iniziato alla fine di un turno di pomeriggio. Poco prima di smontare, ho chiesto al medico di guardia del mio reparto di farmi un'endovena di un farmaco già assunto in precedenza. Probabilmente ero già sensibilizzata, perché mi ha provocato una reazione violentissima per cui sono stata immediatamente ricoverata nel mio stesso reparto. In un attimo, come sempre ripeto, mi sono trovata dall'altra parte: dalla posizione verticale ero passata a quella orizzontale, dal camice al pigiama. Ho avuto la fortuna iniziale, di 'giocare' in casa; ricoverata appunto nel mio stesso reparto, è stato meno impattante l'approccio verso questa nuova realtà, proprio perché ero seguita e coccolata dai miei stessi colleghi e medici con i quali lavoravo. Questa situazione quasi idilliaca, nonostante le difficoltà oggettive e i dolori che provavo, non è durata molto. Per fare ulteriori indagini mi hanno trasferita in un ospedale universitario. Da lì è iniziato il mio "pellegrinaggio" - in questi lunghi anni - in vari ospedali

italiani e anche all'estero. Ho incontrato medici e infermieri molto diversi tra loro come alle volte erano diverse anche la loro cultura e preparazione professionale. Ho sperimentato sulla mia pelle ciò che avevo studiato in aula ma anche quello che "non" si studia e che fa parte di una conoscenza che s'impara sul campo. Una visuale con due prospettive che si sommano: quella dell'operatore sanitario e quella del paziente. La possibilità di vivere il dolore, la malattia, la sofferenza da entrambe le facce di un'unica medaglia. Il fatto di essere infermiera, dà sicuramente il vantaggio, solitamente, di capire ciò che ti stanno facendo e di poter interloquire con colleghi e medici sulla tua situazione, avendo accesso più facilmente a qualche informazione in più. Questo però non esonera dal vivere tutte le varie dinamiche dell'essere malata. La solitudine, l'incognita, l'attesa, il dubbio, la delusione, l'ipersensibilità che amplifica le sensazioni e le emozioni, il timore di "chiedere troppo" agli stessi colleghi perché, conoscendo il "dietro le quinte", si sa che il paziente cosiddetto "bravo" è quello che -in gergo si dice- "rompe di meno".


Quando lavoravo, ho avuto modo di osservare frequentemente che, le persone, entrando in ospedale, diventano fragili, insicure. Avvertivo in loro un senso di smarrimento davanti ad un ambiente nuovo da affrontare, abitudini diverse, regole diverse, oppure

il semplice fatto di condividere una stanza con persone mai viste. In questa situazione, quello che si vive, le emozioni, le aspettative, le paure, sono, come accennavo prima, amplificate.

Una delle scoperte che ho fatto da subito, come malata, è stata la capacità massima che ha un paziente nell'osservare e nell'ascoltare soprattutto il personale sanitario.

Stai lì, sdraiato in un letto che non è il tuo, contraddistinto da un numero, assieme a persone (come dicevo prima) che non conosci, con pensieri che fino a quel momento, forse, non ti avevano mai sfiorato la mente, magari con un'incognita sul tuo futuro. Il pigiama che indossi toglie forza, mette in posizione di dipendenza. Tutto quello che eri "fuori" è lontano. Tu, sei solo, a combattere per te stesso. Per questo appena ne hai la possibilità vuoi capire, vuoi sentire, t'imprimo negli occhi ogni singolo movimento, sfumatura della voce, modo di muoversi ecc., di chi in quel momento ha a carico la tua salute.

D'altro canto, chi ti "lavora" intorno può non sempre essere come tu vorresti. I carichi di lavoro sempre più pesanti, la non sintonia tra più profili professionali presenti in un reparto (magari con qualche collega non c'è proprio "feeling"...), la difficoltà di accordarsi nell'attivare un percorso clinico assistenziale, ecc.. Certi giorni magari va tutto storto e vai a capire dove si trova la voglia di sorridere, di



dire un semplice buon giorno. Tutto questo “arriva” al paziente. Sono vibrazioni che è difficile spiegare ma arrivano. Succede anche durante la visita medica. Diciamo che per il paziente è l'avvenimento clou della giornata. Si vive nell'attesa che il medico ti guardi, ti parli, risponda alle tue domande, ti faccia capire che cosa sta succedendo e cosa vogliono fare di te. Durante uno dei miei primi ricoveri in un ospedale universitario, ricordo che il giro era atteso con trepidazione. Quando si intravedeva in fondo al corridoio il carrello con le cartelle cliniche, sembrava di essere a scuola. Ordine perentorio “in camera”, letti ordinati, una controllatina al pigiama, una pettinata veloce, una corsetta in bagno (non si sa mai...) e poi arriva il “capo”, seguito dai colleghi, in ordine di carriera, per finire con i tirocinanti dalla faccia giovane e timorosa. Pochi minuti per letto. Arrivati da me, iniziarono a parlare ‘sopra di me’, in una sorta di palleggio di domande e risposte attraverso il letto. Io, sdraiata, da sotto, cercavo di capire quando sarebbe arrivato il mio turno!

Di questi ‘momenti’ ne ho vissuti tanti e a questo proposito mi sento di dire questo:

Quando entri in una stanza, ricordati che tu sei osservato, dalla testa ai piedi, il malato non parla, ti guarda, è come se ti facesse una radiografia; capisce già se quella giornata ti gira storta o no, se quel giorno sei arrabbiato, se ce l'hai con i tuoi colleghi, (radio corsia funziona benissimo...) Se hai la testa da qualche altra parte o se quei due secondi che sta con te è davvero con te. Piccolissimo esempio: il buon giorno che tu dici entrando in una stanza e che rivolgi a tutti, è diverso dal buon giorno personale. Sicuramente ha il suo valore il buongiorno dato a tutti (perché non è sempre scontato!) ma se ti avvicini al letto di quel paziente e dici: “Buongiorno, come va?” è un'altra cosa. Io mi sento persona, non nu-

mero. Basta poco, pochissimo e la giornata è diversa. Ogni attimo può essere ‘sfruttato’ per stabilire un rapporto: innestare una flebo, girare un cuscino, portare una padella, cambiare una traversa, fare un prelievo, applicare degli elettrodi per un ECG, fare una consulenza ecc. Ognuno nel proprio ruolo può davvero, se vuole, “connettersi” con il paziente. Un altro ricordo che mi è rimasto dentro. Durante un ricovero mi sento male, sono sola in stanza, suono il campanello con molta fatica. Arriva una mia collega che vedendo la situazione va a chiamare il medico di guardia. Questo arriva, mi guarda, non dice nulla e se ne va. Ho saputo dopo, che uscendo dalla stanza, si era attivato subito per risolvere la situazione. Da infermiera potevo intuire questo ma in quel momento io ero una paziente. Avrei avuto bisogno che lui si fosse fermato, mi avesse messo una mano sulla spalla, mi avesse chiesto: “cosa c'è?” oppure avesse semplicemente detto: “guarda, anch'io non so esattamente cosa ti stia succedendo, ma vado di là e poi torno”. Semplicissimo, pochi secondi e mi avrebbe messo tranquilla. Invece sono rimasta così, non sapendo cosa stava succedendo. Mi sono sentita abbandonata.

È incredibile il peso che ha un semplice gesto, un sorriso, il vedere che l'altro cerca di venirti incontro. Un secondo di “qualità”, riscatta la fame di tempo che sempre più si avverte, per vari motivi, nello svolgere queste professioni.

Nella scuola di psicoterapia americana di Palo Alto che è anche centro di ricerca e terapia psicologica, sono stati fatti degli studi collegati alla pragmatica della comunicazione. Da questi studi, sono nate le definizioni di cinque assiomi fondamentali. Due di essi sono:

1. Non si può non comunicare
2. Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione.

Concretamente che significa?

Nel primo caso significa che quando si entra in contatto con una persona è impossibile non comunicare. Non esiste la non comunicazione e quindi anche i gesti o la postura e il metalinguaggio assumono un significato ben preciso. Se un medico visita un paziente limitandosi a leggere la cartella clinica e rivolgendogli solo domande di circostanza senza nemmeno incrociare il suo sguardo, sta inviando un messaggio d'indifferenza che equivale a dire: “Sei uno dei tanti e so già io di cosa hai bisogno”. In ogni interazione il linguaggio non verbale è molto più potente di quello verbale!

Il secondo principio individua due livelli di comunicazione: in ogni scambio umano vi sono due livelli, ossia il messaggio di contenuto e quello di relazione. Il primo è rappresentato dalle parole, mentre quello di relazione coincide con il messaggio sotteso che costruisce la relazione. Se una persona, mentre parla, guarda fuori dalla finestra, sta inviando due messaggi ben distinti. Il risultato di questa disparità è che la persona- nel nostro caso, il paziente- vive dentro di sé un disagio anche solo latente. Affinché vi sia corrispondenza, fra i due livelli è necessario accogliere l'altro, fare silenzio, essere completamente lì, coinvolgendo tutta la propria persona (in questo caso l'operatore).

Quando succede, tu paziente, ti senti persona, ti senti scaldare il cuore, la solitudine che alle volte si nasconde dentro te stesso viene mitigata.

Ho sintetizzato in quattro righe questo stato di cose:

Per favore guardami

Per favore ascoltami

Per favore fammi una carezza

Per favore, fammi sentire che esisto

Ricordiamoci che il dolore isola, si diventa in qualche modo irraggiungibili. Ho girato parecchi ospedali e vis-



suto situazioni diverse, come dicevo all'inizio, e posso affermare che il dolore è sempre dolore al di là della razza, lingua, colore, stato, religioni diverse. Ha un unico linguaggio e quindi, altrettanto il cercare di alleviarlo, è lavoro comune. Ma ho anche compreso che soltanto l'amore può penetrare dentro la persona che soffre. Dopo ogni ricovero, al mio rientro al lavoro, mi accorgevo che il rapporto con i pazienti diventava sempre più diretto. L'aver provato sulla mia pelle mi agevolava nel capire anche le sfumature.

L'importanza di guardare negli occhi la persona, magari una breve carezza, oppure spiegare le caratteristiche di un determinato esame fa rendere più collaborante successivamente lo stesso paziente. Se necessario, fare da tramite tra lui e il medico. Molto spesso il paziente ha paura nell'esprimersi, non si sente all'altezza o è intimorito dai 'camici bianchi'. Come importante è anche dire al paziente dove lo si sta portando e a fare cosa (non è un sacco di patate da spostare...). Portare un bicchier d'acqua sembra una cosa semplice ma se quando lo porti, osservi il paziente, e lo appoggi sul comodino in modo che riesca a prenderlo, per te non cambia nulla ma per il paziente è quasi vitale. Spesso mi sono trovata a non riuscire a bere per parecchio tempo perché il bicchiere era troppo lontano, io non potevo alzarmi e il personale non aveva tempo di venire. Mi è capitato anche di non poter spo-

starmi sulla carrozzina perché dopo aver pulito in terra chi l'aveva spostata si era dimenticato di rimetterla vicina al letto, con notevole disagio per me. Cavoli, mi dicevo, se tu sapessi che sono le mie gambe... basterebbe solo un pochino di attenzione. Attenzione e amore... Quanto è vero quel "Fate agli altri quello che vorreste fosse fatto a voi". Basterebbe solo questo per capovolgere certe situazioni: entrare profondamente in queste parole e agire di conseguenza.


Come vedete oltre ad essere malata sono pure disabile. Un salto di qualità avvenuto negli anni. Inevitabile l'iniziale ribellione e un lungo percorso di 'catarsi' che continua. Da qui, per una serie di circostanze imprevedibili mi sono ritrovata a scrivere la mia storia attraverso dei libri. Molte le mail che mi sono arrivate, molte anche da persone che lavorano nel mondo sanitario. Ho scoperto con sorpresa, quanto può aiutare anche dei professionisti, un'esperienza come la mia, considerata comunemente negativa. Un'esperienza che ha prodotto per la società, quello che si considera uno 'scarto'. Io non sono più produttiva, anzi sono un costo. Un malato viene considerato solitamente, 'ricevente' di assistenza, cura, mentre chi lo assiste o ha a che fare con lui, come 'dispensatore' di servizi. Forse potremmo cominciare a pensare di modificare questo pensiero. Se consideriamo il paziente non solo per i suoi limiti ma come 'persona'

tout court, si pareggerebbero i conti. Si attiverebbe quella reciprocità così ormai necessaria che davvero potrebbe andare oltre ogni limite. Nell'ultimo mio libro, ho scritto alla fine queste parole che vorrei regalarvi a termine di questa condivisione. È diretta al mondo della disabilità ma credo possa funzionare anche in questo contesto. ◀

*Non abbiate paura di noi.
Provate a guardarci negli occhi;
in quell'"oltre" dove sono racchiuse
le nostre emozioni, il nostro desiderio
di amare e di essere amati;
la voglia di esserci, di essere rispettati,
di essere considerati nella normalità
della nostra 'diversità';
la voglia di sognare un vocabolario
nel quale la parola 'diversità' abbia
come sinonimo 'opportunità'.
È una finestra che dà su un orizzonte
in gran parte sconosciuto ai 'non addetti';
un orizzonte tutto da scoprire ma
soprattutto da amare.
Provate ad aprirla*

Chiara M.

**Sintesi della relazione presentata al Convegno il convegno "La sofferenza umana. Speranze di cura e ricerca di senso. Storia e prospettive della terapia del dolore in ricordo di un pioniere, Enrico Cavallini". 27 settembre 2015, Figline e Incisa Valdarno, Loc. Burchio. Si ringrazia l'autrice per la cortese autorizzazione a pubblicare il testo.*

 Segui Chiara M. su Facebook:
Chiara-M-619278888132435

Associazione italiana per lo studio del dolore



dal 1976 impegnata nello studio e nella cura del dolore

www.aisd.it



Valuta e cura il tuo dolore

Giornate informative presso le farmacie della ASL 1 Sulmona-L'Aquila-Avezzano I risultati del questionario "Valuta e cura il tuo dolore"

L'iniziativa è stata promossa dalla Fondazione Paolo Procacci con la collaborazione della V.A.DO., Volontariato Assistenza Domiciliare, e con il contributo della Fondazione Carispaq e il patrocinio della ASL.

Il progetto "Valuta e cura il tuo dolore" ha rappresentato un momento di incontro importante, che ha offerto un servizio di consulenza al cittadino, grazie all'organizzazione di Giornate informative presso le farmacie con la presenza di un medico per offrire ai cittadini della ASL 1 Sulmona-L'Aquila-Avezzano un contatto con le realtà specialistiche del territorio, per quanto riguarda la patologia dolore cronico. Accrescere la fiducia nel servizio sanitario e nella consulenza dei professionisti (medici, farmacisti, infermieri) e generare fiducia nelle possibilità di cura del dolore cronico, per migliorare la qualità di vita, fornendo anche informazioni sul corretto uso dei farmaci: questi gli obiettivi dell'iniziativa promossa dalla Fondazione Paolo Procacci, frutto della collaborazione tra l'Ordine dei Farmacisti della Provincia dell'Aquila e dei medici specializzandi della Scuola in anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore, diretta dal Prof. Franco Marinangeli.

La presenza nelle farmacie è stata percepita come un momento di attenzione e cura da parte delle strutture coinvolte. La collaborazione tra i medici volontari e i farmacisti ospiti è stata buona e molti di loro hanno manifestato particolare interesse nel conoscere meglio le opportunità di cura offerte dal centro di terapia del dolore dell'Aquila e dall'Hospice, anche per poter trasmettere a loro volta queste informazioni ai pazienti. Come emerge dalle risposte ai questionari i farmacisti sono considerati il secondo interlocutore dopo il medico di famiglia.

L'adesione delle farmacie è stata tra l'altro superiore a quanto preventivato. Gli organizzatori hanno comunque cercato di coprire il maggior numero di sedi, senza trascurare località rurali, là dove possibile, rispetto a itinerari e turni, talvolta riducendo la presenza a due ore, con l'aiuto del farmacista che cercava di convogliare pazienti interessati in quella fascia oraria. La collaborazione di farmacisti è stata in tal senso molto preziosa. La disponibilità dei

medici che si sono organizzati per spostarsi velocemente da una farmacia all'altra è stata altrettanto importante. Grazie al meccanismo del "passaparola" i medici hanno incontrato pazienti inviati da amici e parenti che avevano già avuto contatti con loro.

L'iniziativa si era posta anche obiettivi di ricerca scientifica in particolare di indagini epidemiologica, e ha realizzato la raccolta di un interessante campione di risposte ai questionari, tale da offrire uno spaccato della realtà del territorio per quanto riguarda la patologia dolore. I dati sono stati elaborati dalla dottoressa Ambra Testa, della Scuola in anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore e li potete vedere nei grafici che accompagnano l'articolo.

(per maggiori dettagli si può consultare il numero 3-4/2015 di Dolore aggiornamenti clinici, dove è stato presentato il progetto, con la galleria foto, dalla conferenza stampa alle visite alle farmacie, che si sono svolte nel mese di dicembre 2015 ndr).

I post dei medici volontari

"L'impatto iniziale di questa campagna sulle persone è stato sicuramente positivo. Certo, per alcune persone, forse, il vedere un "estraneo" nella farmacia di fiducia che gli offre un opuscolo sulla terapia del dolore, ha fatto inizialmente temere qualche propaganda per acquisti, ma sono bastate poche parole per vedere le persone sciogliersi: chi per una sofferenza propria, chi per il dolore del proprio caro."

"Devo dire che personalmente sono stata sempre accolta con cortesia e gentilezza, un farmacista ha detto ad alcuni clienti con particolari patologie, purtroppo anche oncologiche gravi, di venire in farmacia in quel determinato giorno per poter confrontarsi con me. Per il resto ho avuto l'intuito o la fortuna di sottoporre il questionario proprio a persone con storie interessanti di patologie gravate da dolore. Non è stato facile riuscire a vincere l'iniziale diffidenza della gente. Tuttavia, poi tutti sono stati disponibili a raccontarsi."

"Talvolta la gente che entrava in farmacia era di fretta e quindi ho preferito rubare il poco tempo necessario a consegnare l'opuscolo, metterli al corrente delle strutture presenti sul territorio e informarli su come fare per richiedere una visita algologica. Qualcuno è in effetti venuto a prenotare le visite in ospedale, facendo riferimento all'incontro in farmacia".

"Per quanto riguarda la compilazione del questionario i medici ho trovato molto più efficace coinvolgerli in una chiacchierata, seguendo le domande del questionario, ma evitando la lista delle domande a raffica. Sicuramente le persone più che rispondere alle domande altrui, preferiscono sempre raccontarsi e questo è importante per instaurare un buon rapporto con chi si ha di fronte."

Progetto valuta e cura il tuo dolore

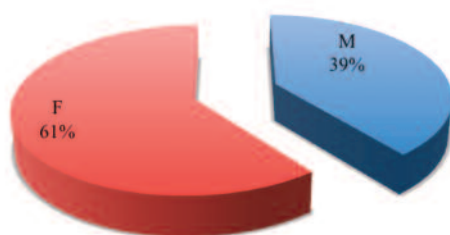
Elaborazione dati a cura di Ambra Testa

Analisi dei dati

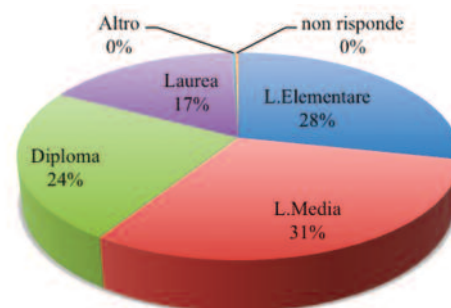
• 381 questionari raccolti • 60 farmacie visitate • 1-15 dicembre 2015 • 9 specializzandi coinvolti

A. popolazione di riferimento

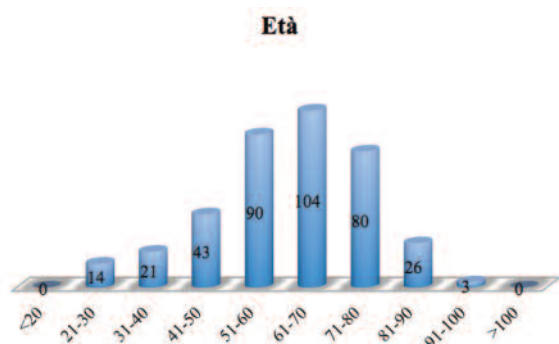
1. sesso intervistati



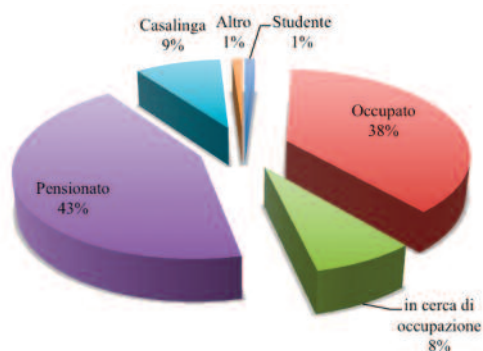
4. Scolarità intervistati



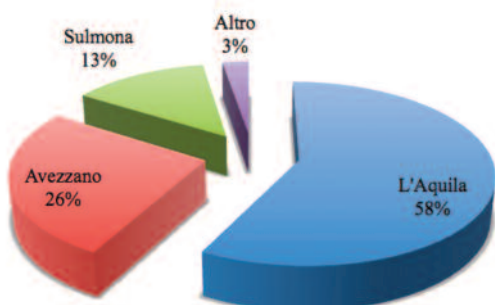
2. Età intervistati



5. Professione intervistati



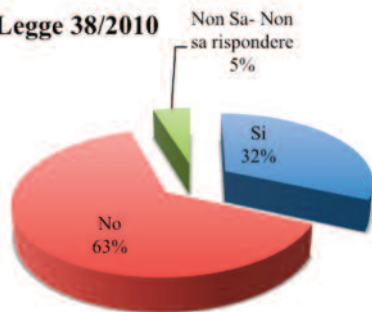
3. Residenza Intervistati



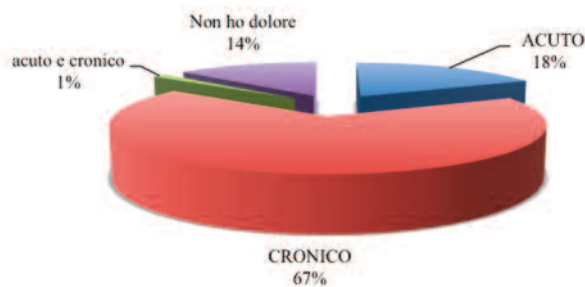
B. immagine conoscitiva

6. Sa dell'esistenza della Legge 38/2010?

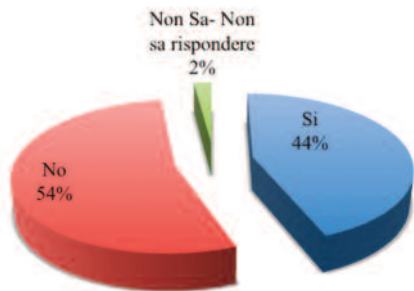
Conosce la Legge 38/2010



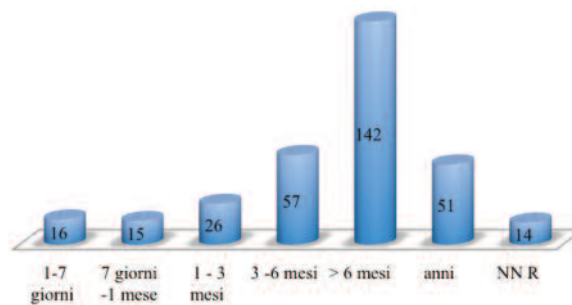
9. Se sì, gli episodi sono di tipo?



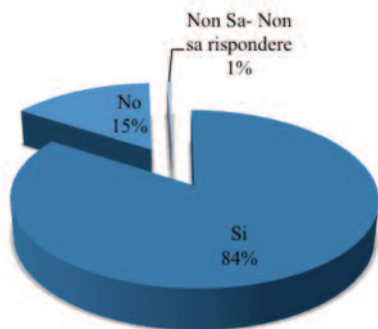
7. Sa che esistono centri per la gestione della terapia del dolore?



10. Il suo dolore cronico da quanto tempo persiste o per quanto tempo è persistito?



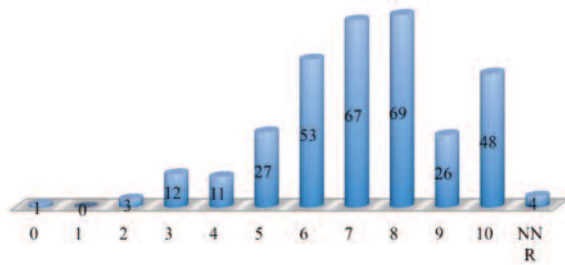
8. Soffre o ha sofferto di dolore?



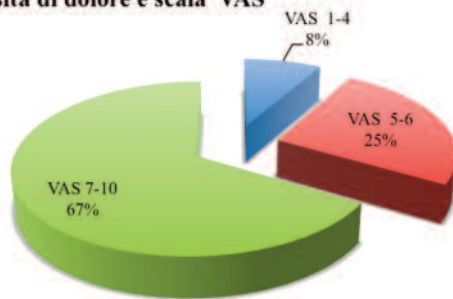


11. Quale livello di dolore ha o ha avuto? (VAS)

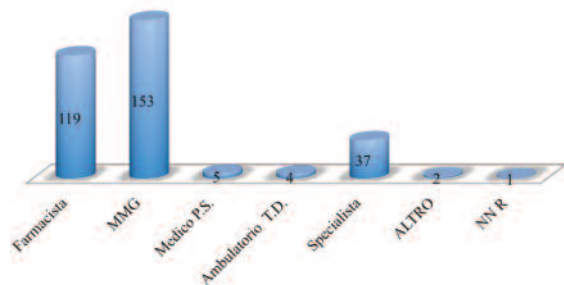
VAS



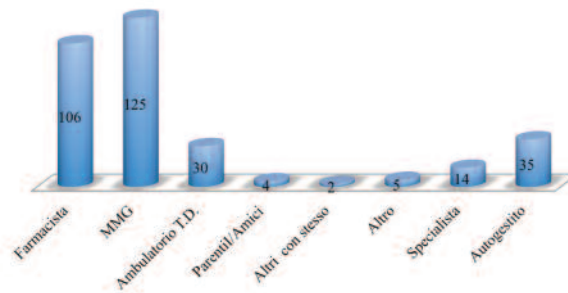
Intensità di dolore e scala VAS



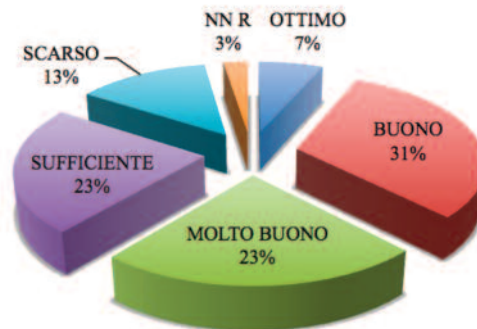
12. Quando ha avuto dolore chi è stato il primo Interlocutore?



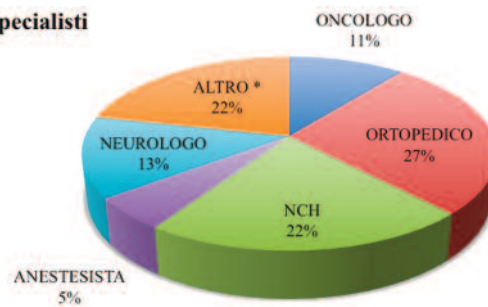
13. Ogni volta che ha avuto dolore, ha seguito i consigli di?



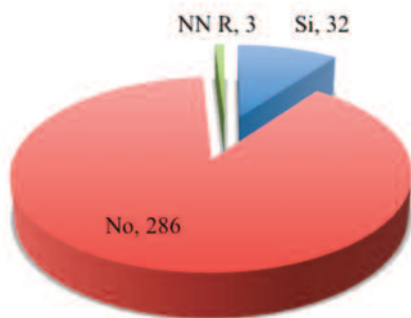
14. Il suo grado di soddisfazione per le terapie e i consigli ricevuti?



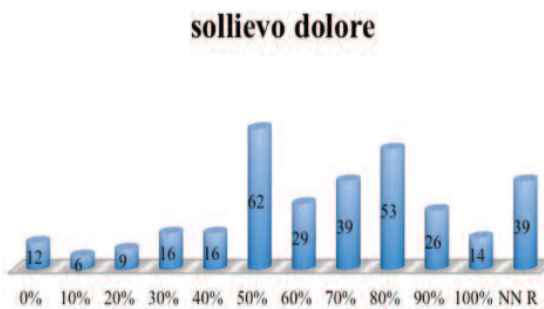
Specialisti



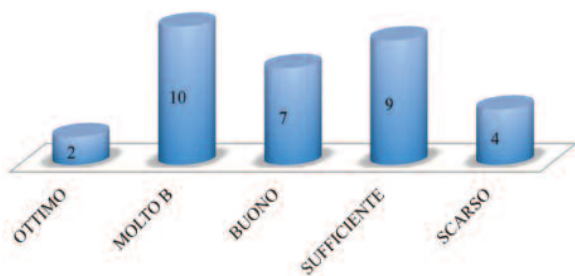
15. È mai stato ricoverato per il suo dolore?



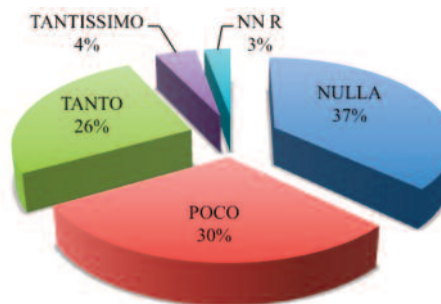
18. Quanto sollievo ha ricevuto dalle terapie? (%)



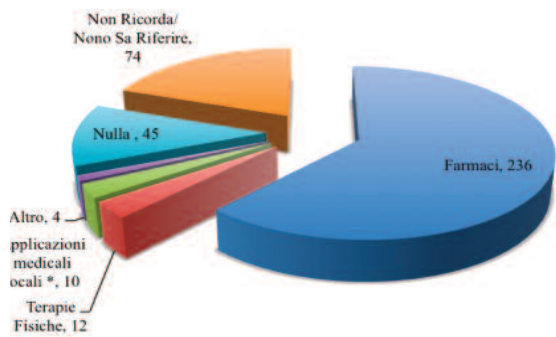
16. Se sì, qual è il suo grado di soddisfazione per le cure ricevute?



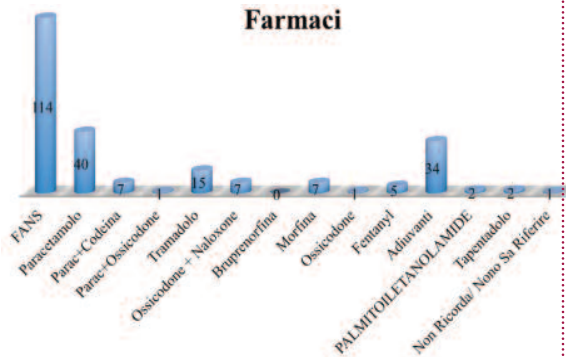
19. Quanto ha influito la disabilità derivante dal dolore nella sua famiglia?



17. Che terapia fa per il suo dolore?



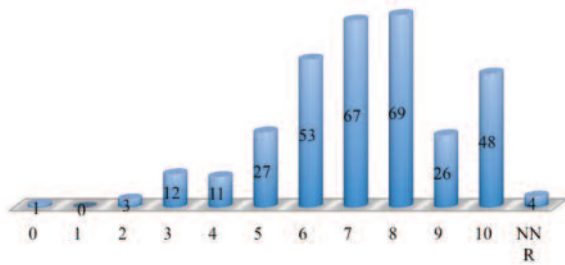
Farmaci



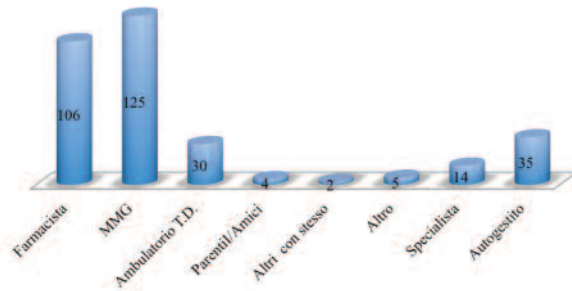
* Ozonoterapia; Infiltrazioni di farmaco/i

20. Il suo dolore ha avuto risvolti sull'economia familiare?

VAS

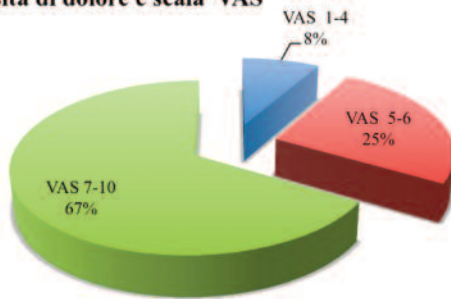


23. È al corrente se nella sua regione esistono strutture che forniscono le cure palliative?

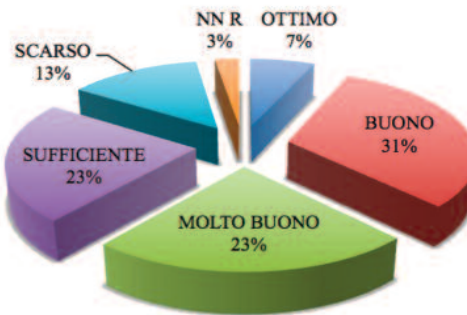


21. Quanti giorni si è assentato dal lavoro per colpa del suo dolore nell'ultimo anno?

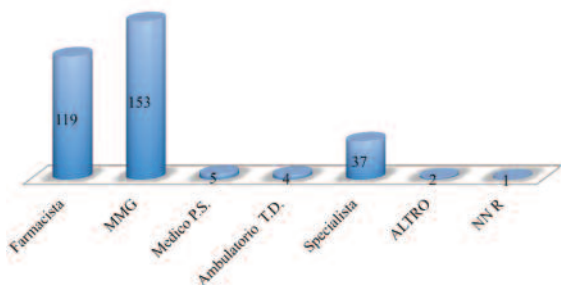
Intensità di dolore e scala VAS



23.1 Secondo lei sono strutture pubbliche o private?



22. Sa cosa sono le cure palliative?



Ringraziamenti

per la preziosa collaborazione si ringraziano i Dottori:

- Valeria De Paolis,
- Ambra Testa,
- Aglaia Gyra,
- Desiree Biccirè,
- Francesca De Sanctis,
- Marco Paladini,
- Benedetta Alfonsi,
- Lina Pietropaoli,
- l'Ordine de Farmacisti della Provincia dell'Aquila e la Fondazione Cassa di Risparmio della Provincia dell'Aquila



Medicina di genere e dolore

L'idea che donne e uomini presentino differenze molto importanti in medicina, al di là dei caratteri sessuali, è una "scoperta" recente. Se ne comincia a parlare nella metà degli anni '80. Ma la prima vera sperimentazione riservata alle donne si avvia soltanto nel 2002 alla Columbia University di New York, dopo l'istituzione, nella stessa università, del primo corso di medicina di genere, grazie all'Organizzazione Mondiale della Sanità che, nel 2000, aveva inserito questa disciplina nell'Equity Act.

In tempi ancora più recenti il tema della medicina di genere ha cominciato a richiamare l'attenzione anche dell'Europa e così abbiamo cominciato a toccare con mano le incoerenze del nostro mondo: le donne sono le principali consumatrici di farmaci, ma la maggior parte delle molecole non è stata sperimentata sulla popolazione femminile; eppure il metabolismo dei farmaci è diverso tra uomini e donne anche per la diversa percentuale di tessuto adiposo, così come è diverso il peso e sono diversi gli ormoni e la loro influenza. Questo avviene perché il sesso maschile è più semplice e più stabile rispetto a quello femminile che, a causa del suo complesso sistema ormonale, determina un prolungamento dei tempi necessari per una sperimentazione, perché necessita di regole più precise e dell'uso di un anticoncezionale durante lo studio. Proprio per questo motivo, gli studi dovrebbero essere intensificati, infatti gli ormoni femminili possono interferire con l'efficacia di molti farmaci, come gli antistaminici, gli oppiacei, gli antibiotici e gli antipsicotici, di conseguenza gli effetti farmacologici ne potranno risultare amplificati o ridotti.

Anche nel dolore vengono prescritti alle donne farmaci di cui si conosce perfettamente il meccanismo d'azione esclusivamente sull'uomo, rischiando di non curare o curare in maniera sbagliata, e in alcuni casi i farmaci particolarmente efficaci per gli uomini non lo sono per le donne.

Uno studio del 2009, condotto dal Dipartimento di Anestesiologia della Seconda Università di Napoli in collaborazione anche con l'Università di Siena e quella di Chieti ha valutato l'importanza degli ormoni gonadici (testosterone, estradiolo) nella terapia del dolore. In particolare è stato dimostrato che l'uso di alcuni oppioidi può avere effetti diversi sulle donne a secondo dell'età riproduttiva e sugli uomini, mentre altri

farmaci della stessa categoria possono non agire sull'asse ipotalamo-ipofisi-gonadico. In Italia, secondo uno studio epidemiologico svolto dalla IASP, il dolore cronico interessa il 26% della popolazione, di cui il 56% è rappresentato da donne. Tra uomini e donne cambia sia la frequenza, sia l'intensità sia il tipo di dolore. Emicrania, fibromialgia, cefalea e artrite reumatoide – tutte patologie il cui sintomo prevalente è il dolore e che, per questo necessitano di una adeguata terapia - sono molto più frequenti nel sesso femminile.

Nel nostro Paese le donne vivono più a lungo degli uomini, ma spesso vivono peggio; si recano dal medico molto più degli uomini e lo fanno, nella maggior parte dei casi, per affrontare patologie non tipicamente femminili. Ci sono poi malattie a prevalenza femminile come alcune malattie autoimmuni (artrite reumatoide) e questo dimostra che ci sono differenze tra il sistema immunitario maschile e quello femminile. Inoltre le donne sono affette con maggiore frequenza degli uomini da quasi tutte le patologie croniche e in particolare modo da patologie osteoarticolari, malattie neurodegenerative, diabete, disturbi della funzione tiroidea, ipertensione arteriosa, vene varicose, osteoporosi e cefalea, condizione che determina in loro una percezione negativa del proprio stato di salute.

Secondo studi condotti da ricercatori della New York University School of Medicine, il rischio di morte per malattie cardiache è molto più alto nelle donne che non negli uomini. In Italia, circa 33mila donne ogni anno restano vittime di un attacco cardiaco. Anche in questo caso la differenza sta negli ormoni femminili. Le donne sono molto più protette degli uomini dalle malattie cardiache durante l'età fertile e per questo quando l'apporto degli ormoni, con l'arrivo della menopausa viene a mancare, le donne sono indifese di fronte ad una patologia alla quale, al contrario, gli uomini "imparano" a reagire sin dall'età più giovane.

La "medicina di genere" rappresenta quindi il tentativo di approfondire la diversità tra i sessi applicandola alla medicina e va incoraggiata. ◀

Maria Caterina Pace

*Ricercatore presso la Seconda Università di Napoli
Medico specialista in Anestesia, Rianimazione e Terapia del dolore*

Premio Terzani 2016

Ha vinto il premio il progetto La "cura" del caregiver nella gestione del paziente anziano affetto da demenza

Si tratta di un trial clinico randomizzato condotto da Renata Marinello e Manuela Rebellato del Servizio di Ospedalizzazione a domicilio della Geriatria e Malattie metaboliche dell'osso universitaria dell'ospedale Molinette della Città della Salute di Torino, diretta dal professor Giancarlo Isaia.

I complimenti della redazione a tutto lo staff e in particolare a Manuela Rebellato, che collabora con noi per corsi di formazione sul dolore ed è anche una delle coordinatrici del Gruppo di studio di infermieristica del dolore della Fondazione Procacci.

Il Premio è stato assegnato venerdì 8 aprile 2016, presso il Teatro Politeama Boglione in Bra, dopo lo spettacolo di Lella Costa dal titolo "Femminile singolare". Alla cerimonia di premiazione sono intervenuti il Sindaco di Bra Bruna Sibille, il Direttore Generale dell'AOU Città della Salute di Torino Gian Paolo Zanetta, il Direttore Generale dell'ASL CN2 Francesco Morabito e la Presidente della Fondazione Cassa di Risparmio di Bra Donatella Vigna. Ha consegnato il premio Angela Staude Terzani. L'evento è stato organizzato dalla Scuola di Umanizzazione della Medicina Onlus.

Razionale del progetto

Il progetto si propone di misurare lo stress dei familiari dei pazienti affetti da demenza nei diversi setting di cura e nelle diverse fasi della malattia, di valutare l'impatto dell'intervento di counselling sistemico sia sul sistema familiare sia sul paziente, in termini di modificazione della qualità della vita. L'obiettivo principale è quello di ridurre lo stress del paziente e del/dei caregiver seguito a domicilio in OAD o presso ambulatorio UVA. Contestualmente ci si attende un miglioramento dell'assistenza e della qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, favorendo in tal modo la permanenza al domicilio, attraverso l'attivazione e la valorizzazione delle risorse di chi è curato e di chi presta l'assistenza.

La letteratura internazionale ha ampiamente dimostrato che lo stress del caregiver, più che il livello di compromissione dello stato cognitivo del paziente, rappresenta il principale fattore di rischio di istituzionalizzazione o, in caso di scompensi comportamentali acuti, di ricovero ospedaliero. La ricerca di strategie alternative all'approccio farmacologico dei disturbi comportamentali può favorire la permanenza al domicilio attraverso l'attivazione e la valorizzazione delle risorse di chi è curato e di chi presta l'assistenza. La dimostrazione dell'utilità di tale modalità di approccio alla gestione del paziente affetto da demenza potrebbe rafforzare l'indicazione ad effettuare interventi formativi a livello delle realtà geriatriche diffuse su tutto il territorio regionale e nazionale, affinché la "cura" del caregiver diventi parte integrante della gestione del paziente affetto da demenza, soprattutto nel periodo in cui il paziente è ancora al proprio domicilio.

Il progetto prevede l'arruolamento allo studio dei pazienti e dei familiari che prestano il loro consenso alla partecipazione, offrendo incontri di counselling sistemico a cadenza bisettimanale nella prima settimana e a cadenza variabile nelle settimane successive. Il counsellor si muove nella complessità e nella crisi con l'obiettivo di creare un contesto di sicurezza, fiducia reciproca e collaborazione che per-

metta di informare, produrre cooperazione, modificare comportamenti, sostenere, fornire educazione terapeutica al paziente ed ai familiari con l'obiettivo di favorire lo sviluppo di competenze per far fronte alla situazione. Favorisce un clima di collaborazione e fiducia reciproca che consente di tratteggiare la cornice favorevole per poter insegnare ed apprendere. Durante il primo colloquio di counselling e alla dimissione vengono somministrate le scale di valutazione degli aspetti emozionali, utili per la stesura, da parte dell'équipe di cura, del piano assistenziale personalizzato.

I pazienti coinvolti sono ricoverati presso il Servizio di Ospedalizzazione a domicilio o seguiti ambulatorialmente presso un Centro Unità Valutativa Alzheimer; lo staff di assistenza prevede una counsellor sistemica con esperienza in ambito geriatrico, che segue i pazienti e i loro familiari nei diversi setting di cura, due referenti per la componente infermieristica del Servizio di OAD e due infermieri per l'UVA, due medici geriatri del Servizio di OAD e un geriatra dell'UVA. Partecipa anche un data manager per la raccolta e l'elaborazione dei dati.

Demenza: epidemia silente

La demenza, definita epidemia silente del terzo millennio, rappresenta una delle maggiori sfide per l'attuale sistema socio-sanitario, che si trova inadeguato a gestire una patologia così devastante non solo per chi ne è direttamente colpito, ma anche per chi è chiamato a farsene carico sul piano dell'assistenza. La demenza colpisce circa il 10% dei pazienti con età >65 anni e l'incidenza e la prevalenza aumentano con l'età. Nella maggior parte dei casi ha un impatto importante anche sui membri della famiglia. Più della metà dei pazienti continua a vivere nella propria casa, e l'80-90% viene assistito da familiari ed amici. Nella considerazione che il ruolo della famiglia sia centrale per la gestione di questi pazienti, sia a casa che in ospedale o in RSA, è necessario conoscere le caratteristiche del sistema familiare ed ogni piano di cura dovrebbe prevedere una strategia per sostenere e rafforzare le famiglie ed in particolar modo il caregiver, affinché possa diventare parte integrante dell'unità di cura. ◀

Il caregiver familiare e la gestione del dolore oncologico nelle cure di fine vita

Lo studio, pubblicato sulla rivista Pain Nursing Magazine (www.pain-nursing.it), ha visto la partecipazione di un team di infermieri di vari ospedali italiani*. Negli ultimi anni il numero di pazienti oncologici è inesorabilmente in aumento nel mondo a causa di diversi fattori concomitanti, quali l'invecchiamento demografico, l'avanzamento delle tecniche diagnostiche, la migliorata efficacia dei trattamenti, l'aumento di fattori di rischio. Negli Stati Uniti i tumori sono la seconda causa di morte, rappresentando circa il 23,3% di tutti i decessi subito dopo le malattie cardiocircolatorie. La frequenza dei decessi causati dai tumori in Italia, in media, ogni anno, è di circa 3 decessi ogni 1000 persone: ogni giorno, quindi, oltre 470 persone muoiono a causa di un tumore. Il 90% di essi necessita di un piano personalizzato di cura e di assistenza in grado di garantire la maggiore qualità di vita residua



La Fondazione Paolo Procacci (FPP) nasce per promuovere e sostenere tutte quelle iniziative utili alla prevenzione, alla diagnosi precoce, alla cura e all'assistenza sociosanitaria della malattia "dolore" e delle sintomatologie ad essa collegate.

Ne sono promotori scienziati e ricercatori di livello internazionale, da anni attivi collaboratori delle più importanti società scientifiche dedicate alla medicina del dolore, la European Federation of IASP Chapters (EFIC), l'International Association for the Study of Pain (IASP), il World Institute of Pain (WIP), oltre all'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD).

Il professor Paolo Procacci medico fiorentino di enorme ed apprezzata cultura medica ed umanistica è stato un pioniere nella ricerca sul dolore: tra i fondatori della International Association for the Study of Pain, di cui è stato vicepresidente dal 1975 al 1978, e primo presidente dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore.

La FPP promuove studi clinici, premi per giovani ricercatori, corsi residenziali e a distanza, iniziative editoriali, tra cui, la più recente è il periodico online Pain Nursing Magazine - Italian Online Journal (www.painnursing.it). Offre un servizio di consulenza gratuita per i pazienti. Ha presentato e promosso a livello europeo il Codice Etico della Medicina del Dolore.

Consiglio direttivo

Presidente

Franco Marinangeli

Consiglieri

Stefano Coaccioli
Giustino Varrassi

Soci fondatori

Serdar Erdine, Stefano Ischia, Franco Marinangeli, Alberto Pasqualucci, Margarita Puig Riera de Conias, Riccardo Rinaldi, Mario Tiengo, Athina Vadalouca, Giustino Varrassi, Michael Wolfgang Zenz

Progetti e Obiettivi

PROMUOVERE studi clinici e la ricerca di base e clinica nell'ambito del dolore e delle sintomatologie associate

INCORAGGIARE la ricerca scientifica di particolare interesse sociale anche allo scopo di contenere e razionalizzare la spesa pubblica sanitaria

FINANZIARE borse di studio per giovani ricercatori

CONTRIBUIRE alla formazione degli operatori sanitari con corsi, eventi e campagne di sensibilizzazione su scala nazionale, dirette al medico specialista e al medico di famiglia

RIESAMINARE il curriculum di formazione primaria dei medici e di educazione continua

DEFINIRE protocolli per la gestione del dolore cronico nella pratica, che chiariscano ai medici di medicina generale quali pazienti indirizzare agli specialisti del dolore, e in quale momento

SOSTENERE la creazione di una specializzazione in medicina del dolore

CURARE una corretta campagna di divulgazione scientifica, sia specialistica che rivolta al grande pubblico

MIGLIORARE la qualità delle cure e la qualità della vita delle persone affette da patologie del dolore

ESSERE una voce autorevole e fondata su basi scientifiche per le questioni politiche associate al dolore e alla sua gestione.

Dona il tuo contributo alla Fondazione Paolo Procacci Onlus

Tramite bonifico bancario sul conto intestato a:
Fondazione Paolo Procacci Onlus Banca di Credito Cooperativo di Roma
Codice IBAN: IT 08 Z 08327 03239 000000001820 - Codice Fiscale: 09927861006

oppure tramite carta di credito con **PayPal** (transazione sicura)
dal sito www.fondazioneprocacci.org

È possibile aiutarci anche con il 5 x mille e tramite lasciti testamentari.



Comprendere e curare il dolore

possibile durante gli ultimi mesi di vita. Non esiste una definizione netta del periodo di fine vita. Esso si riferisce, in generale, agli ultimi giorni di vita, quando una persona è sul punto di morire. Quest'ultimo periodo noto come End of Life (EoL) è caratterizzato da una progressiva perdita di autonomia della persona, con specifici sintomi fisici e psichici, in particolare e primo tra tutti il dolore e una sofferenza globale, i quali coinvolgono non solo l'assistito, ma anche il nucleo familiare al punto tale da mettere, spesso, in crisi la rete delle relazioni sociali ed economiche dello stesso nucleo. Il dolore, nel paziente oncologico ha una prevalenza di circa il 60% e aumenta fortemente in fase di EoL fino a coinvolgere circa l'80-90% di essi. Altri studi stimano che più di tre quarti dei pazienti in EoL prova dolore severo, sofferenza continua, perdita del controllo e ha una ridotta qualità di vita e, in una fase storica di contenimento dei costi in ambito sanitario, i caregiver familiari sembrano assumere un ruolo prevalente nella gestione di tali pazienti, soprattutto relativamente al controllo del dolore, specie nel setting domiciliare. Gli interventi inefficaci e l'incapacità da parte del caregiver di affrontare e gestire il dolore diventano particolarmente impegnativi, in particolare quando il dolore si manifesta con una intensità moderato-severa. I caregiver garantiscono la maggior parte dell'assistenza domiciliare (66,7%) con implicazioni sulla propria salute, sulla sofferenza fisica, psichica, emozionale e sociale, dovuta al carico assistenziale. Uno degli aspetti più gravosi per i caregiver è proprio la gestione del dolore del proprio caro poiché essi sono in genere del tutto impreparati culturalmente e psicologicamente ad accompagnare chi sta morendo, soprattutto riguardo la mancanza di precise informazioni sui trattamenti e sui loro effetti collaterali.

** Patrizia Forte (Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata, Roma), Rosa Cuomo (Policlinico A. Gemelli, Roma), Anna Rita Marucci (Università degli Studi dell'Aquila), Loredana Fabriani (Sapienza Università di Roma), Alessandro Da Fre (Sapienza Università di Roma), Manuela Rebellato (Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino), Roberto Latina (Sapienza Università di Roma, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma)*

Un anziano su due soffre di dolore cronico ma non è adeguatamente curato

Lo specialista, lo psicologo, il fisioterapista, il medico che si occupa della terapia occupazionale. Sono tutte le figure professionali di cui avrebbe bisogno chi soffre di dolore cronico, oggi un anziano su due. Nel nostro paese il dolore non è adeguatamente trattato. È questo il messaggio lanciato dal Simposio Internazionale "Pain Management – The Science Behind", organizzato a Budapest con il coordinamento scientifico della European League Against Pain (Eulap), e promosso dalla Fondazione Internazionale Menarini.

«Da oltre sei anni è stata promulgata una legge in Italia che prevede l'obbligatorietà di cura del dolore nelle strutture ospedaliere - ricorda Giustino Varrassi, presidente della European League Against Pain - ma a questo non è corrisposto un diverso approccio al malato con dolore. In esperienze realizzate in altre nazioni europee, si è visto chiaramente come in un paziente anziano, se introdotto in un sistema di riabilitazione, lavoro di gruppo, interazione con i medici e gli infermieri, non solo si riduce la necessità di farmaci, ma si possono risolvere problematiche complesse, cosa che invece non è possibile con la sola terapia farmacologica».

Nonostante queste iniziative, il dolore nel nostro Paese continua ad essere sottovalutato e non adeguatamente trattato. Forse anche perché tra la popolazione la conoscenza della legge è scarsa. Infatti, secondo un recente studio condotto tra persone con dolore cronico, soltanto il 32 per cento degli intervistati era a conoscenza dell'esistenza di una legge nazionale, e solo il 44 per cento era consapevole dell'esistenza di Centri per la terapia del dolore. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, la nuova legge quindi prevede un accesso più semplice agli oppioidi. Farmaci ancora poco utilizzati e che invece devono essere presi in considerazione, anche se con le necessarie



PAIN MANAGEMENT UNMET NEEDS IN ACUTE PAIN BARCELONA 14-16 SEPTEMBER 2017

Presidents of the Symposium

Carmelo Scarpignato
and Giustino Varrassi

Scientific Committee

Eli Alon, Stefano Coaccioli,
Stephan Schug, Margarita Puig

Scientific Secretariat

Anna Bertelè, Antonella Paladini

For more information
and for registration:
www.fondazione-menarini.it

raccomandazioni. «La corretta gestione del dolore - aggiunge Carmelo Scarpignato, Docente di Farmacologia Clinica, Università degli Studi di Parma- deve guardare al paziente nella sua totalità per raggiungere una corretta diagnosi e impostare una corretta terapia. Questa prevede anche l'utilizzazione di oppioidi, soprattutto in combinazione con farmaci antinfiammatori non steroidi».

Per saperne di più sul convegno e per ascoltare gli interventi: www.fondazione-menarini.it

Publicità televisiva dei farmaci analgesici e corretta e responsabile automedicazione

Gli autori di una comunicazione presentata al 39° congresso nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del dolore (www.aisd.it) hanno svolto uno studio sugli spot televisivi dedicati agli antidolorifici, confrontando quanto viene suggerito nelle pubblicità per i farmaci analgesici da banco con le raccomandazioni di società scientifiche ed agenzie governative circa il loro corretto e responsabile utilizzo. Sono stati analizzati 10 spot pubblicitari televisivi (2010-2016) nei loro aspetti principali (durata, immagini, testo, rappresentazione grafica del dolore, tempistiche della risoluzione del dolore).

La durata media degli spot era di 24 secondi. Gli attori impersonavano maschi (60%) e femmine (40%) adulti, ed in un caso un bambino. In 8 video era presente computergrafica raffigurante sede e dinamica del dolore. Era possibile (15% dei video) dedurre che il dolore fosse cronico. Nel 65% dei casi era rappresentato un determinato movimento o postura causanti dolore, mentre nei restanti casi il dolore aveva una insorgenza spontanea. Nel 30% dei casi il dolore si scatenava durante l'attività lavorativa, nel 50% circa dei casi durante il tempo libero, e durante attività sportiva. Due le principali condizioni oggetto di rappresentazione: mal di schiena e dolore cranio-facciale.

Mal di schiena

Descritta come patologia esclusivamente infiammatoria. Quando la protagonista della pubblicità è donna il mal di schiena viene associato al ciclo mestruale, o a movimenti che innescano dolore. La raffigurazione grafica delle dinamiche dell'insorgenza del dolore era spesso poco chiara.

Algie cranio-facciali

La rappresentazione delle algie cranio-facciali veniva sovente riferita a problemi cervicali. Il fatto che in un caso comparisse anche un bambino induceva a pensare che il farmaco fosse adatto anche per lui. Frequentemente, l'attore-paziente riceve il suggerimento di assumere un certo farmaco da un familiare, da un amico o da un passante, o una voce narrante esterna. In nessun video veniva rappresentato un medico. In alcuni spot non vi era raffigurazione grafica del dolore, ma veniva suggerito che quel determinato farmaco andasse bene per tutti i tipi di dolore. In una pubblicità veniva dichiarata la superiorità del FANS rispetto ai normali analgesici. Nella quasi

totalità dei casi, nel lasso di mediamente 1,5 secondi, veniva detto che il persistere del dolore rende necessaria una visita medica.

Le principali raccomandazioni erogate da Agenzie Governative circa l'automedicazione, anche in tema di dolore, prevedono che la persona sofferente venga visitata da un medico se il dolore non è né lieve né transitorio (3), e che diagnosi venga cercata e posta per dolori cronici e non legati all'estemporaneità di una causa traumatica o comunque esplicitamente nota. Gli autori hanno quindi concluso che la rappresentazione che viene fornita dalle pubblicità non sia pienamente conforme a quanto correntemente divulgato da fonti ufficiali, potendo ciò creare false aspettative.

Abstract presentato e premiato al 39° Congresso nazionale AISD, Roma. 26-28 maggio 2016 – Autori: A. Mugnolo, F. La Mura, D. Battelli, C. Finamora C., V. Monticelli, F. Lacerenza.

Mal di denti: un dolore molto diffuso tra i poveri

Non ci sono in verità molte indagini sistematiche sulla prevalenza del dolore cronico tra i senzatetto ed effettuare una revisione della letteratura non è semplice. Ci hanno provato alcuni ricercatori americani. Al Convegno annuale dell'American Pain Maureen J. Simmonds, docente di terapia fisica presso l'Università del Texas Health Science Center, San Antonio, e colleghi hanno presentato i risultati dell'analisi di 10 studi, studi che coinvolgevano 1.803 persone senza fissa dimora.

La maggior parte dei senza tetto intervistati erano stati reclutati nei dormitori, o nei centri di assistenza per persone maltrattate, o in cliniche mediche per poveri.

La prima cosa che hanno rilevato gli autori dello studio era la scarsa attenzione, a priori, sul dolore tra queste persone. Il problema di dolore maggiormente rilevato è risultato il dolore dentale, seguito dal dolore agli arti inferiore e dal mal di schiena. Per la definizione e la descrizione del dolore sono stati utilizzati vari strumenti di indagine, come la Short Form Health Survey e il Brief Pain Inventory. Il dolore veniva spesso riferito, in queste indagini, semplicemente come "dolore fisico". I tassi di prevalenza di dolore erano molto variabili tra gli studi, in base a come il dolore e il suo impatto venivano definiti, e secondo la tipologia degli intervistati e degli intervistatori e dei loro obiettivi di studio (dentista, medico generico, infermiere, assistente sociale, esperto di dipendenze).

La revisione ha comunque concluso che il dolore dentale, in particolare mal di denti e dolore da masticazione è il tipo più comune di dolore, con tassi di prevalenza dal 12,1% al 42,2%. L'igiene dentale è d'altronde difficile in questi casi.

Pain Medicine News che ha dato rilevanza all'argomento, ha chiesto il parere di Stephen W. Hwang, MD, direttore del Center for Research, Inner City Health, St. Michael's Hospital, Toronto, autore di uno studio del 2013 sulla salute dentale degli adulti senza fissa dimora a Toronto (*J Public Health Dent* 2013; 73: 74-78). Hwang ha spiegato che nella sua esperienza di medico in visita ai poveri senza tetto, la lombalgia era il problema più dichiarato e comune, ma invita a riflettere sul fatto che i medici spesso trascurano la salute dentale e orale, e nemmeno ne parlano ai pazienti. La conclusione della rassegna,

quindi, non è così sorprendente, dopo tutto.

Il problema è comunque poco studiato e considerato.

Se si cercano dati statistici in Italia, vediamo come la salute dei denti passi in secondo piano quando si è o si diventa poveri: dal 2005 al 2013, per esempio, secondo i dati ISTAT, le visite dal dentista sono diminuite del 30%. Le cure odontoiatriche sono quasi del tutto a carico dei privati: la spesa pubblica è al 5%, mentre il resto, il 95%, è totalmente a carico dei privati. Se si rinuncia alle cure spesso è quindi per motivi economici.

Al Poliambulatorio dell'Opera San Francesco le prestazioni dentistiche sono passate da 1.703 nel 1997 a 6.187 nel 2015. A Torino gli Asili notturni Umberto I prevedono l'attività di dentisti volontari. L'ANDI, Associazione Nazionale Dentisti Italiani, ha stipulato un accordo con Emergency, per il reclutamento di dentisti volontari per gli ambulatori avviati dalla onlus.

Il significato di dolore Riflessioni dal punto di vista antropologico

Il libro di cui vi voglio parlare non è recente, ma è di quei testi così densi di contenuto che la rilettura è sempre stimolante e suggerisce sempre nuove riflessioni. Comprendere l'uomo come globalità biopsico-sociologica dando risalto alla sua cultura, allo scambio di valori, alle sue conoscenze ed esperienze per arricchire la qualità della salute e della vita è una ricerca affascinante. Quando parliamo di dolore è ancora più complesso. Il dolore acquista specifici significati sociali e culturali, che incidono sulla valutazione di un individuo che soffre. Il dolore è un sintomo soggettivo, difficile da valutare per l'intensità e il tipo. È importante essere consapevoli dei fattori culturali in gioco, per sfuggire alla proiezione della propria norma sul discorso del paziente. Ogni condizione di malattia e di dolore costituisce in una determinata cultura, una rete di significati particolare e ogni malattia è associata a un insieme di stress individuali e di risposte sociali, con specifici legami con valori di dignità e benessere.

Diventa importante concentrarsi su come l'esperienza del soggetto è riferita, narrata, proposta, focalizzandosi su quanto essa è messa

in gioco a livello individuale e culturale nella nostra quotidianità.

È da qui che si evince l'importanza di instaurare una relazione tra il sanitario con la sua esperienza e i pazienti con le loro storie individuali. L'affettività e la partecipazione, che il professionista sanitario riesce a trasmettere, riducono il potere della malattia e del dolore della persona che soffre.

Tutto questo può far sì che il professionista sanitario riesca a costruire il significato di dolore della persona che soffre.

Il professionista sanitario deve tener conto che è sempre più difficile per chi è estraneo al corpo sofferente non cogliere il dolore, mentre chi soffre è portato a cogliere il dolore naturalmente.

Ogni realtà di malattia e di dolore produce ed è portatrice di significati. Il dolore è un'esperienza umana e diventa oggetto dell'attenzione terapeutica perché le è attribuito un significato.

Da queste riflessioni si deduce che l'approccio antropologico porta ad indagare il dolore come forma di esperienza.

Le interazioni tra la famiglia, il lavoro e la persona che prova dolore assumono una rilevante importanza.

Sono molteplici gli aspetti da prendere in considerazione quando si è di fronte ad una persona che prova dolore.

Riuscire a capire il significato che la persona che soffre dà alla sofferenza implica prendere in considerazione lo stile con cui i sintomi vengono presentati, le ragioni dell'ansia che la persona prova nell'aver dolore e il significato che questo implica sul futuro della propria salute, l'attenzione ai diversi organi, le risposte alle diverse strategie terapeutiche.

Tutto questo porta a leggere la sofferenza di una soggettività vissuta all'interno di una specifica situazione. Allo stesso tempo essa appartiene a un soggetto e condivide modelli, immagini, metafore e significati sociali. Il corpo umano è un sistema simbolico universale.

Bibliografia

Cozzi D, Nigris D. (1996). *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socio antropologica per il nursing*. Paderno Dugnano, Milano: ORISS, Ed. Colibrì.

Santina Gavagni

*UTIC, Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma
Gruppo di studio di infermieristica del dolore
della Fondazione Paolo Procacci*

www.fondazioneprocacci.org

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





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

40

CONGRESSO NAZIONALE

AISD



NH VILLA CARPEGNA
ROMA 8-10 GIUGNO 2017

www.aisd.it