

Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore





Associazione Italiana Studio del Dolore
Sede legale: Via Tacito, 7 - 00193 Roma
info@aisd.it - www.aisd.it

Consiglio Direttivo AISD 2020-2022

Presidente Maria Caterina Pace

Presidente eletto 2022-2024 Gabriele Finco

Vicepresidente Maurizio Evangelista

Past President Stefano Coaccioli

Segretario Maria Beatrice Passavanti

Tesoriere Vittorio Schweiger

Consiglieri

Diego M.M. Fornasari, Nicola Luxardo, Antonella Paladini,
Filomena Puntillo, Stefano Tamburin

Ex Presidenti

Caterina Aurilio, Giancarlo Carli, Alberto Pasetto,
Enrico Polati, Giustino Varrassi

Referente attività clinico-assistenziali

Riccardo Rinaldi

Direttore responsabile Giustino Varrassi

Coordinamento editoriale Lorenza Saini

Grafica e impaginazione Osvaldo Saverino

TRIMESTRALE

Prima Reg. Trib. dell'Aquila n. 335/97

Seconda Reg. Trib. dell'Aquila n. 571 del 18/12/2007

Copia omaggio riservata ai soci.

Tutti i diritti riservati.

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

© Copyright 2020/2021

Online il 9 febbraio 2021



Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

▶▶ IN QUESTO NUMERO

4

Anno mondiale 2021 contro il dolore

6

L'approccio biopsicosociale al dolore

Riccardo Rinaldi

12

La mia esperienza con il dolore

Raùl Eduardo Giunta

15

Approccio infermieristico al dolore in emergenza nel paziente fragile: studio osservazionale descrittivo in ambiente extraospedaliero

Christian Ramacciani Isemann,
Francesca Pangrazi, Silvia Cini,
Lorenzo Righi

20

In memoriam

Addio ad Aldo Lamberto

Giustino Varrassi

22

Dalla letteratura scientifica

38

Nuove linee guida dell'OMS sulla gestione del dolore cronico nei bambini

39

Libri



2021 L'Anno Mondiale contro il Dolore

È dedicato al dolore lombare l'Anno Mondiale contro il Dolore 2021 promosso dalla International Association for the Study of Pain, IASP®

La campagna informativa promossa da IASP è realizzata come sempre in collaborazione con la European Pain Federation, EFIC e con il supporto dei capitoli nazionali, in Italia l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore.

L'obiettivo è quello di fornire una serie di informazioni utili per aiutare nel definire cosa si sa attualmente su epidemiologia, fisiopatologia e trattamento del mal di schiena, in particolare per quanto riguarda l'offerta di servizi, basati su evidenze scientifiche e prove costo/efficacia, alle persone con disabilità causate dal mal di schiena.

«Ci auguriamo che questa campagna di sensibilizzazione riunisca la comunità di ricercatori, medici, di chi convive con il dolore e il pubblico in generale, per comprendere meglio la natura del dolore lombare e l'utilità delle modalità di trattamento disponibili - ha dichiarato Claudia Sommer, presidente IASP - Speriamo di identificare ostacoli e soluzioni per migliorare la cura del mal di schiena, dalla prevenzione alla diagnosi, alla gestione, in tutte le fasce di età. In qualità di organizzazione internazionale, speriamo di fornire informazioni che possono essere adattate indipendentemente dalle risorse disponibili e di concentrarci su di un'assistenza personalizzata e centrata sulla persona.»

L'auspicio di IASP e delle società afferenti è che le informazioni fornite attraverso questa campagna portino a migliori risultati per i pazienti, uno degli obiettivi primari della IASP è infatti quello di lavorare per alleviare il dolore in tutto il mondo.

Collaborerà alla campagna internazionale anche la Global Alliance of Pain Patient Advocates (GAPPA).

Sintesi degli obiettivi

- 1. Identificare gli ostacoli, proporre soluzioni per migliorare la prevenzione, la ricerca e il trattamento della lombalgia.
- 2. Riassumere, ricapitolare le modalità più efficaci ed economiche per curare il mal di schiena, in particolare nelle nazioni con risorse limitate.
- 3. Utilizzare strumenti per censire i pazienti con mal di schiena e indirizzarli verso percorsi di cura centrati sulla persona.
- 4. Agevolare ulteriori ricerche, migliorare cure e formazione e assicurare il sostegno necessario per ridurre il peso globale della lombalgia come problema di salute pubblica.

Materiali

Saranno resi disponibili nel corso dell'anno materiali di consultazione e aggiornamento dedicati a ricerca, a trattamento e gestione del



WE SUPPORT 2021 GLOBAL YEAR ABOUT **BACK PAIN**



dolore lombare. Questi materiali sono destinati a un vasto pubblico, dai ricercatori ai medici e ai pazienti. Saranno schede informative, webinar, infografiche e altro materiale.

La traduzione in italiano di questi materiali sarà a cura dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore e resa disponibile in una pagina dedicata del sito.

Gli articoli relativi al tema dell'Anno Mondiale contro il dolore 2021 pubblicati sulle riviste scientifiche PAIN e PAIN Reports saranno di pubblico accesso.

Il Pain Education Research Center (PERC) della IASP metterà a disposizione dei soci i dati più recenti per le loro ricerche.

Suggerimenti e collaborazione

Eventuali suggerimenti per attività o risorse per sostenere l'Anno Mondiale contro il dolore possono essere inviati a globalyear@iasp-pain.org. Proposte per iniziative nell'ambito nazionale italiano possono essere inviate a info@aisd.it

Schede informative

Sia nel sito AISD che della IASP sono disponibili le schede informative, man mano sarà disponibile la traduzione in italiano.



L'approccio biopsicosociale al dolore

Riccardo Rinaldi

Pain People Center, Roma

Referente AISD attività clinico-assistenziali

Nel 1973 la IASP, International Association for the Study of Pain, ha definito il dolore come un'esperienza composta da dimensioni sensoriali ed emotive. Pertanto il modello biopsicosociale è quello che predomina nella gestione del dolore sia acuto che cronico, eppure in certi casi prevale esclusivamente un approccio biomedico che ostacola il trattamento e la comprensione di questa condizione umana. Infatti, in particolare in alcune professioni sanitarie non prettamente specializzate nel dolore, risulta difficile quantificare la formazione sul dolore, la competenza percepita e il comfort dello stesso terapeuta. Di conseguenza è necessario integrare le conoscenze di base essenziali sul dolore nei programmi di psicologia a livello universitario, ma anche, per esempio nei corsi di laurea in fisioterapia.

L'esperienza del dolore è inoltre influenzata da biologia, credenze, culture, umore, ansia e ambiente. L'approccio biopsicosociale che affronta le molteplici dimensioni del dolore cronico è quello che appare più promettente. La monoterapia nell'alleviare il dolore verrà

presto abbandonata, infatti alcuni algologi mostrano interesse per la Mindfulness.

Gli interventi basati sulla consapevolezza per il dolore cronico sono guidati dal principio che la pratica della consapevolezza si traduce in un'attenuazione dell'accoppiamento tra la componente sensoriale del dolore e le componenti cognitive ed emotive del dolore.

In linea con questo principio una recente ricerca dimostra i meccanismi neurali che supportano la riduzione del dolore basata sulla consapevolezza. Riguardano le aree del cervello correlate all'attenzione, all'introspezione e all'elaborazione cognitiva ed emotiva. Tali componenti possono amplificare il dolore e contribuire alla disabilità. Si ritiene che diminuire le reazioni



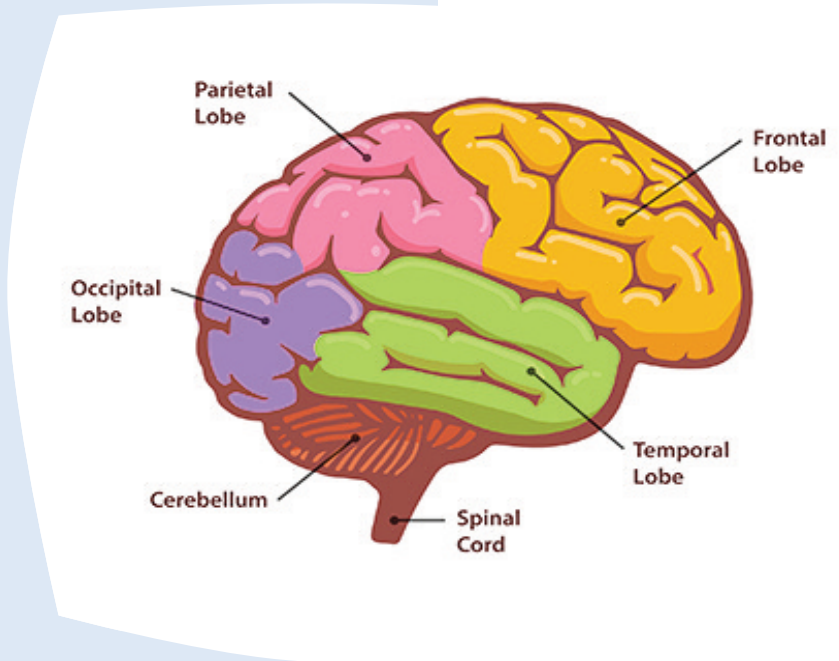
cognitive ed emotive del dolore cronico attraverso la consapevolezza riduca il disagio emotivo e quindi la sofferenza e la disabilità.

Discriminando le varie dimensioni del dolore la componente sensoriale è misurabile in tempo, spazio e intensità, mentre la componente affettivo-emozionale richiede parametri e strumenti diversi e complessi.

Le valutazioni cognitive e gli aspetti affettivi del dolore sono coinvolti nei sistemi discriminativi e motivazionali di pertinenza corticale.

La parte affettiva del dolore, sempre presente, è senz'altro quella articolata complessa, comprendendo sia gli aspetti cognitivi sia quelli emozionali e motivazionali. Questi fattori hanno un'influenza sorprendentemente importante sulla percezione del dolore e queste relazioni risiedono nella connettività delle regioni del cervello che controllano la percezione del dolore, l'attenzione o la aspettativa e gli stati emotivi.

La RMN funzionale ha confermato che l'attività delle vie del dolore afferente e discendente è alterata dallo stato di attenzione, emozioni positive e negative, tra molti altri fattori non correlati allo stimolo nocicettivo. La fisiologia dell'amplificazione centrale del dolore a livello del cervello tiene conto di queste importanti connessioni. I pazienti con dolore cronico hanno alterazioni nelle



regioni del cervello coinvolte nella modulazione cognitiva ed emotiva del dolore. Queste regioni sono l'insula, la corteccia cingolata anteriore e la corteccia prefrontale. Questa complessa inter-reazione può spiegare perché i pazienti con distorsione cognitiva e disagio psicologico sono a maggior rischio di dolore cronico e amplificazione centrale del dolore.

Tra il 30 e il 60% di pazienti con dolore cronico presenta una depressione in comorbidità. Esiste una relazione bidirezionale tra la presenza e la gravità del dolore e della depressione. Nei pazienti con dolore cronico il cambiamento nel dolore è sempre predittore della gravità della depressione e viceversa. Inoltre, un contesto biopsicosociale è utile per concettualizzare le differenze individuali del dolore, i risultati relativi ai fattori demografici

associati alle differenze individuali nel dolore.

Per definizione il dolore è un'esperienza soggettiva e altamente personale, tanto che la misurazione diretta del dolore è impossibile, piuttosto dobbiamo fare affidamento sull'auto-segnalazione degli individui e, in una certa misura, sul loro comportamento, per fornire uno sguardo alla loro esperienza.

L'esperienza del dolore è caratterizzata da un mosaico di fattori unici della persona, che rende l'esperienza del dolore completamente individualizzata. Cioè, ci sono differenze individuali importanti e pervasive nel dolore, e queste differenze individuali producono esperienze di dolore che sono completamente uniche per la persona che le sperimenta (cioè rendono il dolore personale). Le differenze individuali nel dolore sono indipendenti dallo stimolo iniziale. Forse la



manifestazione più semplice delle differenze individuali è che uno stimolo sperimentale erogato a un'intensità standardizzata suscita segnalazioni di dolore soggettivo che variano notevolmente tra gli individui. È interessante notare che queste differenze nel dolore auto-riferito sono corroborate da differenze interindividuali nell'attivazione cerebrale evocate dallo stesso stimolo doloroso e sono in parte previste dalle differenze individuali nella morfologia del cervello, suggerendo che queste differenze individuali non sono semplicemente un prodotto di idiosincrasie nella segnalazione del dolore. Tali differenze individuali emergono anche nell'ambiente clinico. Ad esempio, i rapporti sul dolore che seguono la stessa procedura chirurgica variano notevolmente tra i pazienti considerando i risultati relativi. Solo il modello biopsicosociale fornisce un quadro ideale per concettualizzare le differenze individuali del dolore. Questo modello ipotizza infatti che l'esperienza del dolore sia

influenzata da interazioni complesse e dinamiche tra molteplici fattori biologici, psicologici e sociali.

È importante sottolineare che l'insieme dei fattori biopsicosociali che contribuiscono all'esperienza del dolore e la sua espressione variano notevolmente tra le persone. Pertanto, il dolore è scolpito da un mosaico di fattori che è completamente unico per ogni individuo in un dato momento e questo mosaico deve essere considerato per fornire un

trattamento ottimale del dolore. Quando si considerano i fattori di differenza individuali, è importante distinguere le caratteristiche dell'individuo che sono statisticamente associate alle risposte al dolore (cioè i marcatori) da meccanismi biologici e psicosociali che influenzano direttamente le risposte del dolore. In particolare, alcuni marker possono riflettere i meccanismi alla base del dolore, mentre altri no.

Esempi dei primi includono fattori demografici, come sesso, razza/etnia ed età. Sebbene ciascuna di queste variabili sia stata associata alle risposte al dolore, riflettono gli agenti sui meccanismi che influenzano il dolore piuttosto che i meccanismi stessi. Cioè, il sesso di un individuo non influenza direttamente il dolore, piuttosto le differenze di sesso nel dolore riflettono gli effetti di altri processi biologici e psicosociali (p. es., ormoni sessuali, rispo-



ste infiammatorie, ruoli di genere, gestione del dolore). In alternativa, uno studio potrebbe valutare i marker biologici correlati al dolore, nel qual caso il marker biologico rappresenta sia un fattore di differenza individuale sia un potenziale meccanismo che influenza direttamente il dolore. Pertanto, sebbene le differenze individuali nella risposta al dolore presentino sfide per lo scienziato e il medico, forniscono anche importanti opportunità. In effetti, lo studio dei fattori che contribuiscono alle differenze individuali può fornire importanti informazioni sui meccanismi del dolore, che possono portare allo sviluppo di nuovi trattamenti. Inoltre, incorporare la comprensione delle differenze individuali nella valutazione e diagnosi del dolore in ambito clinico, può consentire al medico di selezionare trattamenti su misura per il paziente, migliorando così i risultati del trattamento.

Considerando le differenze di sesso l'abbondante evidenza epidemiologica dimostra che il dolore cronico è più diffuso tra le donne rispetto agli uomini. Le donne sono a maggior rischio per le più comuni condizioni di dolore cronico, tra cui emicrania e cefalea di tipo tensivo, lombalgia, fibromialgia e dolore diffuso, disturbi temporo-mandibolari, sindrome dell'intestino irritabile e artrosi. Se le differenze di sesso si



esaminano nella gravità del dolore acuto e cronico emergono dati incoerenti e di piccola entità. Per tutte le misure standard di sensibilità al dolore sperimentale le donne mostrano una sensibilità maggiore rispetto agli uomini, inclusa la soglia del dolore (l'intensità minima dello stimolo richiesta per produrre dolore), la tolleranza al dolore (l'intensità massima dello stimolo che un individuo è disposto a tollerare) e le valutazioni degli stimoli soprasoglia. In particolare, l'entità della differenza di sesso varia considerevolmente tra gli studi e tra le misure del dolore e le modalità di stimolo, ma la direzione della differenza è altamente coerente. Inoltre, le donne hanno mostrato una maggiore somma temporale del dolore (una misura della sensibilizzazione centrale transitoria) e una modulazione del dolore meno condizionata (una misura dell'inibizione endogena del dolore), suggerendo un equilibrio modulatore del dolore che è sintonizzato più fortemente verso la facilitazione del

dolore rispetto all'inibizione del dolore tra le donne.

Al contrario, in risposta a stimoli termici prolungati e ripetuti, le femmine hanno mostrato una maggiore assuefazione rispetto agli uomini, suggerendo una più forte risposta inibitoria del dolore a questi tipi di stimoli. Sono stati proposti molteplici meccanismi per spiegare queste differenze di sesso nel dolore, inclusi gli effetti degli ormoni sessuali, differenze nella funzione endogena degli oppioidi, influenze cognitive/affettive.

Dato l'invecchiamento della popolazione mondiale, se e come l'esperienza del dolore cambia con l'età è un tema che ha attirato una crescente attenzione negli ultimi anni. I modelli di prevalenza del dolore nel corso della vita sono complessi e variano a seconda delle condizioni di dolore. In breve, la prevalenza di dolori articolari, dolori agli arti inferiori e dolori neuropatici tende ad aumentare con l'età. Il dolore cronico generale aumenta di prevalen-



za fino alla mezza età, momento in cui la prevalenza si alza. Al contrario, condizioni di dolore come mal di testa, dolore addominale, mal di schiena e disturbi temporo-mandibolari mostrano un picco di prevalenza nella terza-quinta decade di vita, dopo di che la loro frequenza diminuisce.

È importante notare che questi risultati epidemiologici si basano quasi esclusivamente su studi trasversali che potrebbero influenzare i risultati. Oltre alla prevalenza del dolore, diversi studi hanno esaminato i cambiamenti legati all'età nella gravità e nell'impatto del dolore. Gli anziani hanno riportato una minore intensità del dolore acuto in alcuni studi, ma non in altri. Allo stesso modo, le differenze legate all'età nell'intensità e nell'impatto del dolore croni-

co non sono state costantemente dimostrate.

I cambiamenti legati all'età nelle risposte al dolore sperimentale sono stati ampiamente studiati. Presi insieme, questi risultati suggeriscono che gli adulti più anziani mostrano una minore sensibilità ai dolori cutanei brevi (ad es. soglia del dolore da calore); tuttavia, la sensibilità a stimoli dolorosi più sostenuti che hanno un impatto sui tessuti più profondi aumenta con l'età.

È stato ipotizzato che una varietà di fattori biopsicosociali contribuiscano a questi cambiamenti legati all'età nell'elaborazione del dolore. In primo luogo, molte malattie correlate al dolore aumentano di frequenza con l'età (per es., diabete, artrosi, molte forme di cancro, malattie neurologiche), il che

può contribuire a un aumento del dolore tra gli anziani. Inoltre, molti dei cambiamenti biologici che sono alla base dell'invecchiamento possono anche contribuire all'aumento del dolore clinico e all'alterazione dell'equilibrio modulatore del dolore, inclusi infiammazione sistematica, stress ossidativo, funzione automatica alterata e cambiamenti nella struttura e funzione neuronali. Anche i cambiamenti psicosociali che si verificano con l'età potrebbero avere un impatto sul dolore. Le riduzioni della funzione cognitiva, della qualità del sonno e del supporto sociale sono tutti comuni negli anziani e questi fattori sono anche associati ad un aumento del dolore. In particolare, il trattamento insufficiente del dolore negli anziani è comune, il che potrebbe ulteriormente contri-

buire a un maggiore dolore in questa popolazione.

Il modello biopsicosociale non propone semplicemente che i fattori dei domini biologici, psicologici e sociali esercitano importanti influenze sul dolore. Forse l'aspetto più importante del modello è la sua insistenza sul fatto che questi diversi gruppi di fattori interagiscono per creare l'esperienza del dolore. Sebbene spesso trascurato nella ricerca sul dolore, identificare e infine comprendere queste interazioni è fondamentale per chiarire i meccanismi che guidano il dolore in diversi gruppi e individui. L'influenza dello stress psicologico sul dolore potrebbe essere mediata da specifici processi

biologici, come aumento del deflusso del sistema nervoso simpatico o aumento dell'infiammazione.

Un altro tipo comune di interazione è un'associazione additiva, in cui la combinazione di due fattori di differenza individuali, ciascuno dei quali aumenta il rischio di dolore, produce un effetto più forte di entrambi i fattori da soli. Per esempio, se sia il genere femminile sia un particolare profilo genetico aumentano il rischio di dolore cronico, allora la combinazione di essere donna e avere un profilo genetico particolare produrrebbe un rischio maggiore rispetto ad avere l'uno o l'altro. A volte l'effetto di un fattore dipende dalla presenza o dall'assenza di un altro fattore. In questo caso, potremmo scoprire che, mentre sia il

sesso femminile che il profilo genetico sono fattori di rischio per il dolore, l'associazione tra il gene e il dolore è diversa per femmine e maschi. Il fattore genetico può aumentare il rischio di dolore nelle femmine ma diminuire il rischio nei maschi.

PER APPROFONDIRE

Psicologia clinica del dolore

A cura di Enrico Molinari, Gianluca Castelnuovo.
Milano: Springer, 2010.

Il dolore cronico come esperienza biopsicosociale

di Michael Tenti e Paola Gremigni.
Firenze: Maddali e Bruni, 2017.

➤➤ www.aisd.it

SAVE THE DATE

<https://efic-congress.org>

Save the new Date for the EFIC Congress: 27-30 April 2022

SEE YOU IN DUBLIN 2022
PAIN IN EUROPE XII

TARGETING PAIN AND ITS COMORBIDITIES
IN THE DIGITAL AGE



WWW.EFIC.ORG  #EFIC2022



12th CONGRESS OF THE
EUROPEAN PAIN FEDERATION EFIC®

27-30 APRIL 2022

DUBLIN, IRELAND



La mia esperienza con il dolore

Raul Eduardo Giunta

Il dottor Giunta è chirurgo ortopedico, da molti anni risiede e lavora a Udine. Nato in Argentina, ha studiato presso l'Università di Cuyo, Mendoza. È socio dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore e del Gruppo della Scoliosi e della Colonna Vertebrale. Ci racconta la sua testimonianza di medico e paziente con lombalgia cronica.

Sappiamo che il dolore è un segnale d'allarme e non un nemico (il diavolo), anzi è un nostro alleato, e che dalla nostra individuale "plasticità percettiva" potrebbe dipendere il modo di reagire, virtuoso oppure catastrofico. Da sintomo può diventare malattia.

Ma non voglio iniziare una breve trattazione sul dolore,

Vorrei invece raccontarvi le vicende della mia vita legate alla lombalgia, non con la penna di uno scienziato, neppure di un accademico, ma come se fosse una storia scritta su di una medaglia a due facce, da una parte il paziente dall'altra il medico. Scriverò provando a seguire il filo nel tempo del mio dolore e delle

sue conseguenze, aggiungendo il mio pensiero medico applicato al "me" paziente.

Per diventare medico ho iniziato nel 1972, nella mia città natale, gli studi di medicina, presso l'Università di Cuyo, Mendoza, Argentina, una scuola a indirizzo biomedico, alla pari di tante altre nel resto del mondo nell'ambito delle scienze della



salute dell'epoca. Ricordo con una certa nostalgia il primo anno di facoltà, dove grazie ai professori di psicologia medica, lessi Carl Rogers e Abraham Maslow, ma allora ritenevo importante solo la visione "carne e ossa". Tornerò su questo aspetto più avanti.

Alla fine del 1979 mi laureo e agli inizi del 1980, a causa di uno sforzo violento, ha inizio il mio pellegrinaggio in compagnia del dolore (lombosciatalgia acuta), ancora oggi non concluso. Rimasi folgorato per terra "senza gambe", lentamente mi arrampicai su di una sedia dove sostai a lungo. Questa sfortuna diventerà fortuna (l'esperienza) perché mi avrebbe permesso, negli anni a seguire, di arrivare a una conclusione, mi auguro per tanti, incoraggiante.

Al momento del trauma ero troppo indaffarato come specializzando in chirurgia e non mi era consentito fermarmi, l'unico diritto e dovere che avevo in quel ruolo era quello di lavorare. Infatti, non feci nessun accertamento diagnostico, presi (credo) qualche antidolorifico, magari "un massaggino", un po' di riposo, relativamente parlando, e avanti! Quindici giorni dopo avevo ripreso quasi tutte le mie capacità funzionali, il fastidio era ancora presente ma ridotto. Dopo un mese avevo ripreso in pieno lo sport e così via. Quarant'anni dopo, il mio compagno di rotta nominato D diavolo ...ops... D dolore, non mi ha abbandonato, però adesso, da un bel po' di tempo,

sono io a gestire lui. Aggiungo che fino ad oggi non ho mai smesso di fare tanti e diversi sport a livello amatoriale come rugby, equitazione, squash, sci, arti marziali e nuoto, pur con le limitazioni dell'età; solo il COVID 19 mi ha costretto a rallentare, ma non a mollare.

Come dicevo, l'esperienza mi è servita a capire sulla mia pelle che il fatto di aver trascurato la fase acuta non fu causa di una nefasta prognosi. Sembra che il moto psico-fisico fece il suo e che la mia percezione algica non mi spinse a catastrofizzare. Mi insegnò, tra i tanti aspetti, a non terrorizzare, ma sempre a incoraggiare il paziente con lombalgia.

Se non vi ho annoiati ancora, vado avanti. Questa testimonianza non è sicuramente per vantarmi di quanto bravo sono stato, ma è diretta a chi soffre di lombalgia e pensa di essere condannato a vita. Non è così! Ha un inizio e una fine, però molto dipende dall'impegno di entrambi i componenti del binomio medico-paziente.

Già in Argentina, svolgendo le specialità in chirurgia pediatrica ed ortopedica, istintivamente mi veniva più di comunicare con il paziente che di tagliare e ingessare. So cosa pensate, che non ero tagliato per quel ruolo.

Ma seguite il filo del racconto. Non ancora convinto nel 1996 feci uno stage all'Avana, Cuba, sui fissatori esterni per le ossa, abbinato alla riabilitazione neuro-ortopedica; questo corso rivela in me un particolare inte-

resse per le cure conservative. Anche lì appresi che il dolore vertebrale può avere origine (secondo studi svedesi, tra gli altri) fino all'80% da fattori funzionali e nel 20% da quelli organici, conoscenze che segnaronò in parte il mio futuro decisionale. Inoltre, individuai la loro applicazione nella pratica sanitaria secondo una visione biopsico-sociale della medicina: tornai con la mia mente ai suoi precursori Carl Rogers e Abraham Maslow.

Rientrato in Argentina ottenni la specializzazione in gestione della qualità dell'azienda sanitaria, conobbi un altro nuovo pilastro per il mio avvenire, il dottor A. Donabedian, tanto per nominare uno di tanti maestri, dal quale imparai che il paziente non deve essere succube della sua terapia, ma "privilegiato", e che fare di più non vuol dire fare meglio. Avevo infatti imparato l'importanza di prestare attenzione all'adeguatezza e all'ottimizzazione per snellire i processi diagnostici e terapeutici sanitari, verso un percorso di medicina sostenibile.

Sempre in viaggio col "copilota Dolore" arrivo a fine 2002 in Italia. Dopo aver risolto grandi intoppi burocratici divento medico italiano nel 2004 ed esaurito dalla burocrazia decido (sbagliando) di non procedere con il riconoscimento delle mie specializzazioni mediche. Mi sembrò quasi di essermi auto-condannato, però a distanza di tempo ritengo che questa crisi di solitudine rap-

presentò una grande opportunità di cambiamento e riflessione.

Nel 2005, “neo-laureato” italiano, ritorno al rugby, questa volta amatoriale e senza volerlo divento “l’aggiustaossa” dei giocatori, miei coetanei e subito dopo dei loro cari. Per farla breve, grazie a questo processo di serendipity, scopro la mia nuova disciplina, abbandonando senza rimorsi definitivamente la chirurgia per occuparmi con passione del dolore muscolo-scheletrico, del quale come sapete il re è la lombalgia. Con la resilienza che mi accorsi ancora di avere e pure (ancora) con il mal di schiena, aprii il mio studio. Misi in atto tutta la mia esperienza medica, ma anche quella personale di paziente sofferente. Partivo già avvantaggiato dalla mia esperienza, rendendomi subito empatico e disponibile di fronte a chi, sofferente, si recava da me, perché avevo sempre ben presente il ricordo della mia vicenda, dove la regina è l’incertezza. Cominciai, “isolato”, la mia ricostruzione personale e in parallelo la costruzione, utilizzando come cavia me stesso, corpo e mente, di un “approccio terapeutico empirico”, giacché non potevo essere accettato in nessun centro specialistico.

Consapevole dal posto che occupa la lombalgia nella sofferenza dell’uomo, dei fattori (funzionali) che prevalentemen-

te la provocano, orientai la terapia verso l’educazione sanitaria mirata alla prevenzione, ma anche alla promozione della salute abbinate all’utilizzo di terapie riabilitative conservative. Come paradigma di riferimento scelsi la medicina biopsico-sociale, attento all’ascolto del paziente, alla sua partecipazione attiva nella cura e nell’autogestione del dolore, consapevole dell’invecchiamento, con sempre maggior longevità, per rendere la persona autosufficiente, in linea con la tanto anelata sostenibilità sanitaria.

Lavorare da solo è troppo gravoso e senza confrontarsi è impossibile crescere, da un decennio mi sono associato al Gruppo della Scoliosi e della Colonna Vertebrale (GSS) che mi aggiorna senza sosta fornendomi le più recenti conoscenze sul rachide.

Subito dopo ho conosciuto e sono diventato socio dell’Associazione Italiana Studio Dolore che come valore aggiunto mi ha concesso la possibilità di presentarmi in tramite questo mio racconto personale. Entrambe queste istituzioni le sento parte del mio “team unipersonale” grazie all’arricchimento scientifico e umano che ricevo, di cui sarò sempre riconoscente.

La mia proposta terapeutica si fonda sulle capacità acquisite nel mio percorso professionale, sul sostegno formativo fornito

dalle già nominate istituzioni, sommato alla mia esperienza personale come paziente sofferente che mi ha permesso di capire meglio la sofferenza altrui.

Il mio compromesso di fronte alla persona con lombalgia in primis è sicuramente mitigare il dolore, ma l’obiettivo fondamentale è quello di affrontare a fianco del paziente tutti gli aspetti dell’essere umano che in diversa misura vengono colpiti dalla noxa, come gli aspetti fisici, psico-emozionali, spirituali, sociali e lavorativi, sia per evitare la cronicizzazione della lombalgia acuta sia per evitare delle ricadute. In un processo di educazione sanitaria che si concretizza nella prevenzione e nella promozione della salute, seguendo le specifiche linee guide internazionali, che dovrebbero restare alla base di qualsiasi trattamento del dolore muscolo-scheletrico.

Per finire, riprendo la frase introduttrice, il dolore è un segnale d’allarme, che nel caso personale segnò la mia strada chiamata lombalgia, che inizia con l’avvio della mia professione negli anni ‘80 e arriva ad oggi, piena di soddisfazioni, sia come paziente che come medico. Vuol dire che non posso percepirla come il diavolo ma veramente come alleata, tutto dipende della percezione del dolore che abbiamo in quell’attimo.

Approccio infermieristico al dolore in emergenza nel paziente fragile: studio osservazionale descrittivo in ambiente extraospedaliero

Christian Ramacciani Isemann (1), Francesca Pangrazi (2), Silvia Cini (3), Lorenzo Righi (4)

1 Infermiere, Pronto soccorso Pitigliano (Grosseto), Azienda USL Toscana sud est

2 Infermiere, Dipartimento emergenza accettazione, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

3 Infermiere, Centrale operativa 118 Arezzo, Azienda USL Toscana sud est

4 Infermiere, Centrale operativa 118 Siena-Grosseto (Siena), Azienda USL Toscana sud est

Introduzione

La valutazione del dolore in emergenza è una condizione necessaria per un'adeguata gestione del sintomo e costituisce un indicatore di qualità dell'assistenza. Il Codice Deontologico della professione Infermieristica specifica nell'articolo n.18 che "l'infermiere, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto della volontà della persona" [1]. La valutazione, la gestione ed il monitoraggio del dolore sono funzioni fondamentali dell'infermiere a garanzia della corretta prescrizione medica e della adeguata gestione del sintomo [2]. La gestione del dolore dal punto di vista infermieristico implica una serie di conoscenze e abilità specifiche; è infatti uno tra i sintomi più frequenti e coinvolge in ambito extraospedaliero assistiti in età adulta, in età pediatrica, con alterazioni dello stato di coscienza o dello stato cognitivo. La mancanza di metodi condivisi nel monitoraggio risulta evidente nella pratica clinica, in particolare nel setting extraospedaliero: la stessa può costituire un ostacolo al corretto trattamento del sintomo.

A seconda della tipologia di utenza, il personale può utilizzare scale di autovalutazione o self-report (nelle quali viene chiesto di esprimere in

maniera autonoma il grado di dolore, attraverso la lettura di una scala attribuendo un relativo punteggio) oppure possono essere impiegate le scale di eterovalutazione osservazionali, dove il professionista o il caregiver attribuiscono il grado di dolore tramite l'osservazione diretta dell'assistito o la rilevazione di parametri fisiologici.

All'interno dei setting di emergenza-urgenza la valutazione del dolore nei pazienti critici può risultare impegnativa: alcuni sono incapaci di comunicare verbalmente a causa di una alterazione dello stato di coscienza (molti arrivano in pronto soccorso intubati), altri hanno una coscienza ridotta (a causa della sedazione). Proprio per questo motivo il personale deve utilizzare degli strumenti di valutazione adeguati e validi al fine di ottimizzare la gestione del dolore, anche nei pazienti che giungono in pronto soccorso in condizioni critiche o già intubati. In una recente revisione [3] Varndell et al. suggeriscono per questa tipologia di utenti l'utilizzo delle scale Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) o Behavioral Pain Scale (BPS), attualmente tra gli strumenti con maggiore livello di validità e affidabilità presenti in letteratura [4]. Altra problematica è data dagli anziani con patologie cronico-degenerative; molto spesso una

percentuale elevata di questi presenta un possibile decadimento cognitivo. In questi assistiti l'interpretazione del livello del dolore è resa più difficile dalle modificazioni comportamentali tipiche della demenza o da sintomi come confusione, agitazione o aggressività. Questi possono oscurare la presenza di dolore segnalata invece da altri segni come pianto, smorfie del viso, assenza di riposo, lamentele o chiamate persistenti [5]. A tale scopo molte revisioni sistematiche confrontano i diversi set di strumenti: anche se mancano ancora evidenze scientifiche sufficienti a sostenerne l'uso, l'utilizzo della scala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) può potenzialmente migliorare le pratiche di gestione del dolore nei pazienti con decadimento cognitivo [6-8].

Le scale di eterovalutazione sono utilizzate anche in ambito pediatrico e neonatale dove è necessario valutare i parametri comportamentali come la mimica facciale, i movimenti del corpo, il pianto e le alterazioni del ritmo circadiano [9]. Le scale Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability (FLACC) ed Evaluation Infant Douleur (EVIDOL) utilizzate nei bambini da 2 mesi a 7 anni, sono in grado di monitorare questi aspetti e di assegnare una valutazione del dolore a loro congruente; per i bambini più grandi viene utilizzato invece uno strumento di self-report semiquantitativo, la scala Wong-Baker o Faces Pain Scale (FPS). La Premature Infant Pain Profile (PIPP), invece, è generalmente utilizzata per valutare il dolore acuto nei neonati e aspetti comportamentali, fisiologici e di contesto. Il dolore, ormai universalmente definito come "quinto parametro vitale", deve essere monitorato e rilevato – specialmente durante le manovre invasive o in tutte quelle procedure che possono provocarlo. La scelta di una scala rispetto ad un'altra varia in relazione all'assistito, alla tipologia di dolore e all'eventuale patologia di base presente [10]. Dalla letteratura emerge come la ricerca di un trattamento per risolvere una causa primaria che provoca dolore è tra i principali motivi per cui un utente si rivolge ai servizi di emergenza [11]. Questo, se non trattato, può provocare riaccessi in pronto soccorso con

aumento delle giornate di degenza e dei costi [12], con possibilità di incremento delle complicanze cardiovascolari, respiratorie e gastroenterostinali [13] e provocando un aumento del carico di lavoro per il personale infermieristico [14]. Il dolore acuto in alcuni casi non viene adeguatamente gestito a causa della somministrazione ritardata della terapia antidolorifica [15], poiché in emergenza viene data maggiore importanza alla gestione degli indicatori di priorità vitali piuttosto che alla gestione del dolore. A tal proposito un atteggiamento proattivo e un'adeguata conoscenza del fenomeno da parte del personale infermieristico possono essere decisivi e influenzare la qualità delle cure erogate.

In alcuni casi gli operatori tendono a sottovalutare il grado di sofferenza nella convinzione che le autovalutazioni siano in alcuni casi esagerate [16]; ne consegue che è fondamentale formare gli operatori sanitari – in particolare gli infermieri di emergenza-urgenza – sulla corretta rilevazione del dolore attraverso l'utilizzo di strumenti adeguati. A tale scopo questo studio si pone come obiettivo quello di valutare le conoscenze e l'atteggiamento degli infermieri che operano in un setting di emergenza sanitaria territoriale.

Materiali e metodi

Disegno dello studio

È stato condotto uno studio osservazionale, di natura descrittiva, attraverso un questionario autoprodotta composto da 35 item: 6 relativi alle caratteristiche dell'operatore (fascia d'età, sesso, area provinciale e setting assistenziali, formazione), 11 riguardanti l'esperienza sulla valutazione del dolore negli assistiti più fragili e la conoscenza delle relative scale (bambini, anziani con decadimento cognitivo, persone in coma), 15 sull'utilizzo delle stesse e 3 sulla documentazione clinica. Il questionario è stato costruito attraverso la piattaforma Google Forms e somministrato, tramite un link inviato via mail al campione selezionato; le risposte sono state raccolte nel periodo 31/10/2018-2/4/2019.

Campione

Il questionario è stato inviato agli infermieri ope-

ranti a vario titolo nel servizio di emergenza sanitaria territoriale dell'Azienda USL Toscana sud est: quelli attivi esclusivamente nelle postazioni di emergenza territoriale (PET), quelli integrati nei pronto soccorso sede di automedica (Abbadia San Salvatore, Bibbiena, Montepulciano, Poggibonsi, Sansepolcro) e quelli impegnati nelle centrali operative 118 di Arezzo e Siena-Grosseto. Sono state inviate 176 e-mail contenenti il link al questionario ad altrettanti infermieri; le risposte ricevute sono state 83 (response rate: 47,16%).

Analisi statistica

Le risposte ottenute sono state esportate in un foglio di calcolo elettronico e successivamente elaborate attraverso l'utilizzo del software Microsoft Excel.

Risultati

Caratteristiche degli operatori

Gli operatori del campione considerato sono stati prevalentemente di sesso femminile (57,8%, n=48) e nella fascia d'età 35-50 anni (61,4%, n=51); il 40,9% delle risposte è giunto da infermieri in servizio nell'area provinciale senese (n=34) mentre gli operatori delle aree provinciali grossetana e aretina hanno restituito rispettivamente 32 (38,6%) e 17 (20,5%) questionari. Rispetto alla formazione, quasi la metà degli infermieri è risultato in possesso di un master di I livello (43,4%, n=36) mentre il 9,6% degli stessi (n=8) ha conseguito la laurea magistrale. Quasi la metà degli operatori (47%, n=39) aveva oltre 10 anni di esperienza in emergenza sanitaria territoriale; il 30,1% degli stessi (n=25) operava nel servizio 118 da meno di 5 anni.

La maggior parte degli infermieri risultava impegnata nel setting automedica (80,7%, n=67) mentre circa la metà degli stessi (49,4%, n=41) operava anche in ambulanza infermieristica. Il 38,6% degli infermieri (n=32) risultava operare in maniera integrata, sia in pronto soccorso che in emergenza territoriale; circa un terzo del campione, invece, si occupava dell'attività di dispatch nelle due centrali operative (Arezzo e Siena-Grosseto).

Valutazione del dolore nell'assistito fragile

Per quanto riguarda i più piccoli, il 92,8% (n=77) degli operatori si è trovato a dover valutare il dolore negli assistiti in età pediatrica; le scale più conosciute dagli operatori sono risultate la FLACC (61,4%, n=51) e la Wong-Baker o FPS (95,1%, n=78). Meno padroneggiate la PIPP e la EVENDOL, con rispettivamente il 21,7% (n=18) e il 19,3% (n=16) di risposte positive alla domanda sulla conoscenza delle stesse.

La stessa percentuale di infermieri che ha dovuto valutare il dolore nei bambini si è trovata a doverlo misurare nelle persone anziane con decadimento cognitivo (92,8%, n=77); solo il 38,6% degli operatori (n=32), però, ha affermato di conoscere la scala PAINAD.

Leggermente meno rappresentata la valutazione del dolore nella persona in coma con il 63,4% (n=52) degli infermieri che ha dovuto fronteggiare questa necessità clinica. Allo stesso modo, sono risultate poco conosciute le scale utilizzate per questa categoria di assistiti: NVPS (32,5%, n=27), BPS (22,9%, n=19) e CPOT (10,8%, n=9).

Utilizzo delle scale

In ambito pediatrico, gli operatori hanno utilizzato tutte le scale proposte dal questionario; la scala più utilizzata è risultata essere la Wong-Baker, adoperata almeno in un caso dal 66,2% degli infermieri (n=51). La stessa è stata giudicata sia utile (96,1%, n=49) che semplice ed efficace (92,1%, n=47) dalla maggioranza degli operatori. Le scale PIPP (14,5%, n=12) ed EVENDOL (1,2%, n=1) sono state utilizzate marginalmente e sono percepite come più difficili da somministrare, sebbene utili; la FLACC è stata usata da 35 operatori su 83 (42,2) che l'hanno giudicata utile (all'unanimità) e semplice ed efficace (80%, n=28).

La scala PAINAD, nella valutazione del dolore nella persona con decadimento cognitivo, è stata utilizzata almeno una volta solo dal 28,7% (n=23) degli infermieri oggetto dello studio; lo strumento è valutato come utile dalla quasi totalità dei suoi utilizzatori (95,6%, n=22) e come semplice ed efficace dal 73,9% degli stessi (n=17).

Le scale osservazionali per la valutazione della persona in coma sono state utilizzate in almeno un caso dal 37,3% degli operatori (n=31); la maggioranza degli stessi le ha percepite come utili (77,4%, n=24) e semplici ed efficaci (71,0%, n=22).

Documentazione clinica

La maggioranza degli infermieri ha reputato come utile la documentazione in forma scritta delle valutazioni del dolore ricavate dagli strumenti citati (94,0%, n=78). Gli operatori stessi però segnalano l'assenza delle scale considerate all'interno delle schede abitualmente utilizzate per la documentazione degli interventi (83,1%, n=69). Di questi, l'84,0% (n=58) reputa necessario la loro implementazione all'interno delle schede stesse.

Discussione

Analizzando i dati sono emerse delle differenze tra due gruppi di operatori: gli infermieri che operano in integrazione tra servizio di emergenza sanitaria territoriale e in pronto soccorso (40%, n=32) e gli infermieri che operano esclusivamente nel setting extraospedaliero (60%, n=48). Entrambi i gruppi si sono trovati a valutare il dolore nel paziente pediatrico; chi lavora anche in pronto soccorso ha mostrato una maggiore conoscenza e confidenza nell'uso delle scale di valutazione, in particolar modo della FLACC e della Wong-Baker rispetto al gruppo degli infermieri operanti solo in emergenza territoriale. Allo stesso modo, la valutazione del dolore nel paziente anziano con deficit cognitivi è ricorrente nel personale che svolge servizio in pronto soccorso (96,9%); lo stesso riferisce di avere una buona conoscenza della scala di PAINAD. Nel gruppo degli "extraospedalieri" il 91,7% del personale infermieristico riferisce di aver valutato questo tipo di paziente ma solo il 29,2% di questi ha riferito di conoscere lo strumento citato. Al contrario, una percentuale maggiore di infermieri che operano esclusivamente nell'extraospedaliero ha riferito di aver valutato il dolore nell'assistito in stato di coma rispetto ai

colleghi del pronto soccorso (68,7% vs. 53,1%). Il 37,5% degli operatori in integrazione con il pronto soccorso e il 27,1% degli operatori esclusivamente territoriali hanno dichiarato di conoscere la scala NVPS, emersa come strumento maggiormente utilizzato per questa categoria di assistiti.

Gli infermieri che operano nel contesto preospedaliero tendono ad affidarsi, più che all'utilizzo di scale, alla commisurazione del dolore rispetto alla loro esperienza clinica [17]; ciò sembra adattarsi a quanto emerso dalle risposte al questionario, che mostra sia una conoscenza che un utilizzo sub-ottimali degli strumenti suggeriti dalla letteratura. La valutazione del dolore nei pazienti più fragili resta comunque un obiettivo sfidante per gli operatori del contesto extraospedaliero, soprattutto con la popolazione pediatrica – dove all'utilizzo degli strumenti vanno affiancate tecniche relazionali basate sulla giocosità, la curiosità, il contatto visivo e la costruzione di un rapporto di fiducia [18, 19].

Conclusioni

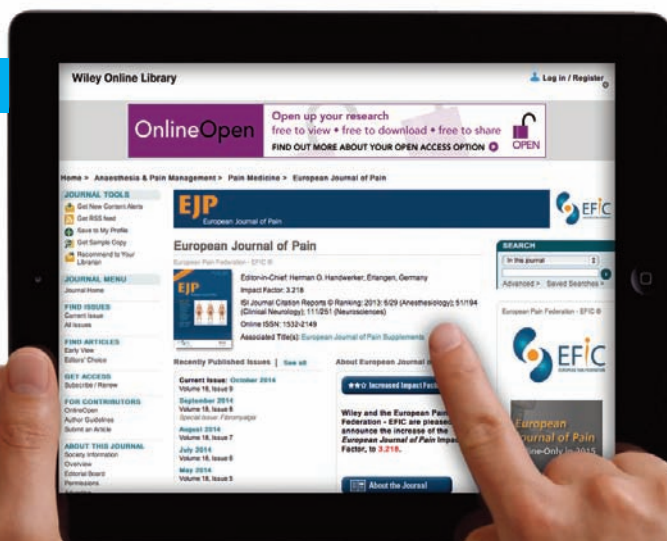
Nonostante l'importanza di una corretta valutazione del dolore sia fondamentale per un corretto management dello stesso, già a partire dal contesto extraospedaliero, gli infermieri oggetto dello studio hanno mostrato delle lacune sulla conoscenza degli strumenti di natura osservazionale; conseguentemente il loro utilizzo non è ancora sufficientemente diffuso. Gli infermieri, comunque, si trovano concordi sull'importanza dell'utilizzo di queste scale: la loro presenza nella documentazione clinica impiegata nell'attività di emergenza extraospedaliera ne permetterebbe una maggiore fruibilità da parte degli operatori. La natura ristretta del campione e una response rate non adeguata hanno dato modo solo di dare una dimensione descrittiva del fenomeno: potrebbe essere utile, in futuro, allargare il campione e cercare correlazioni tra percorsi formativi, esperienza professionale, contesto e utilizzo/conoscenza degli strumenti di valutazione del dolore, allo scopo di individuare interventi mirati di natura formativa e organizzativa.

Bibliografia

1. FNOPI, Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019;
2. Di Laurenzi G. Costruzione e sperimentazione di uno strumento per la valutazione e monitoraggio del dolore oncologico in ospedale, e rilievo del suo impatto sulla relazione con il paziente. *Professioni Infermieristiche* 2012 Oct-Dec; 65 (4): 235-43;
3. Varndell W, Fry M, Elliott D. A systematic review of observational pain assessment instruments for use with nonverbal intubated critically ill adult patients in the emergency department: an assessment of their suitability and psychometric properties. *J Clin Nurs*. 2017 Jan; 26(1-2): 7-32;
4. Elli S, Lucchini A, De Agostini G, Bambi S. et. Utilizzo della Behavior Pain Scale e della Critical Care Pain Observation Tool per la rilevazione del dolore in una terapia intensiva polivalente. *Professioni Infermieristiche*. 2015 Oct-Dec; 68 (4): 228-35;
5. Righi L, Ramacciani Isemann C, Nykieforuk S, Bertò L, et al. La valutazione del dolore nell'adulto con decadimento cognitivo: valutazione critica della letteratura. *I luoghi della cura*. 2020; num.1;
6. Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, Closs SJ, et al. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMB Geriatrics*. 2014 Dec; 17; 14: 138;
7. Schofield P. The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines. *Age and Ageing*. 2018 March; Volume 47, Issue suppl1, Pages i1-i22.
8. Milatino Sgambati MA, Ramacciani Isemann C, Riccardi S. Valutazione del dolore nell'assistito con decadimento cognitivo nei dipartimenti di emergenza-urgenza: revisione narrativa della letteratura. *Pain Nursing Magazine*. 2018;7(1-2):25-31.
9. Scelsi S. et al. La gestione del paziente in terapia intensiva neonatale e pediatrica - Quaderni dell'Assistenza in Area Critica. *Supplemento Scenario*. 2018, 35 (3): 117-29;
10. Varndell W, Fry M, Elliott D. Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey. *J Clin Nurs*. 2020 Jul; 29 (13-14);
11. Kahsay DT, Pitkääjärvi M. Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings: cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2019 Nov 21; 18:56.
12. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth*. 2008; 101(1): 77-86;
13. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Canberra, ACT: NHMRC; 2010;
14. Keating L, Smith S. Acute pain in the emergency department: the challenges. *Rev Pain*. 2011;5(3): 13-7;
15. De Berardinis B, Magrini L, Calcinaro S, et al. Emergency department pain management and its impact on patients' short term outcome. *Open Emerg Med J*. 2013; 5:1-7;
16. Latina R, Mauro L, Mitello L, et al. Attitude and knowledge of pain management among Italian nurses in hospital settings. *Pain Manag Nurs*. 2015; 16 (6): 959-67;
17. Johannessen LEF. The commensuration of pain: How nurses transform subjective experience into objective numbers. *Soc Sci Med*. 2019 Jul;233:38-46.
18. Holmström MR, Junehag L, Velandar S, et al. Nurses' experiences of pre-hospital care encounters with children in pain. *Int Emerg Nurs*. 2019 Mar;43:23-28.
19. Gunnvall K, Augustsson D, Lindström V, Vicente V. Specialist nurses' experiences when caring for preverbal children in pain in the prehospital context in Sweden. *Int Emerg Nurs*. 2018 Jan;36:39-45.

Sei Socio dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore?

**HAI DIRITTO
AD UN ABBONAMENTO ONLINE GRATUITO
ALL' EUROPEAN JOURNAL OF PAIN**



www.efic.org



Addio ad Aldo Lamberto



Dopo una lunga e straziante malattia, il 22 gennaio ci ha lasciati il Dottor Aldo Lamberto, valente psicologo molto dedicato allo studio e al trattamento del dolore.

Alla memoria di Aldo mi lega una lunga serie di ricordi. Per anni ha partecipato in modo molto attivo alle iniziative educative dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, di cui era Socio.

Era sempre un grandissimo piacere parlare con lui. Il suo carattere gioviale e rasserene lo rendeva un interlocutore di grande fascino. I molti corsi organizzati insieme,

rivolti ai giovani professionisti interessati ai pazienti con dolore, mi hanno sempre dato modo di constatare la sua passione per le tematiche scientifiche e assistenziali che ci accomunavano. Nel corso degli anni ha sempre dato un suo fattivo supporto all'assistenza domiciliare, fatta attraverso l'ADAS di Cuneo, città nella quale viveva. Di lui ci resteranno il ricordo di un carattere mite, di un accattivante sorriso, che rendeva ancora più piacevole ascoltarlo fare lezione.

Alla sua compagna Patrizia, alla figlia Paola e a tutto il resto della famiglia vanno le più sentite condoglianze dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore e della Fondazione Paolo Procacci. Aldo resterà nelle nostre preghiere e nel nostro ricordo.

Giustino Varrassi



Publicare sulla rivista Signa Vitae: Agevolazioni per i soci dell'Associazione Italiana Studio Dolore

Grazie a un accordo tra l'Associazione Italiana Studio Dolore e l'editore della rivista Signa Vitae, Journal of Anaesthesia, Intensive Care, Emergency and Pain Medicine, i soci AISD potranno pubblicare usufruendo di uno sconto del 20% sui costi di pubblicazione.

La rivista è Open Access e peer-reviewed, indicizzata da SCI, Scopus, Embase ecc.

L'Editor in Chief è Giustino Varrassi, Presidente della Fondazione Paolo Procacci, Presidente AISD dal 2003 al 2009, già presidente della European Pain Federation (2009-2012).



Per maggiori informazioni visita il sito della rivista:
<https://www.signavitae.com>

Al momento della sottomissione di articoli basterà indicare lo status di socio in regola con la quota, previa conferma dell'Associazione Italiana Studio Dolore.

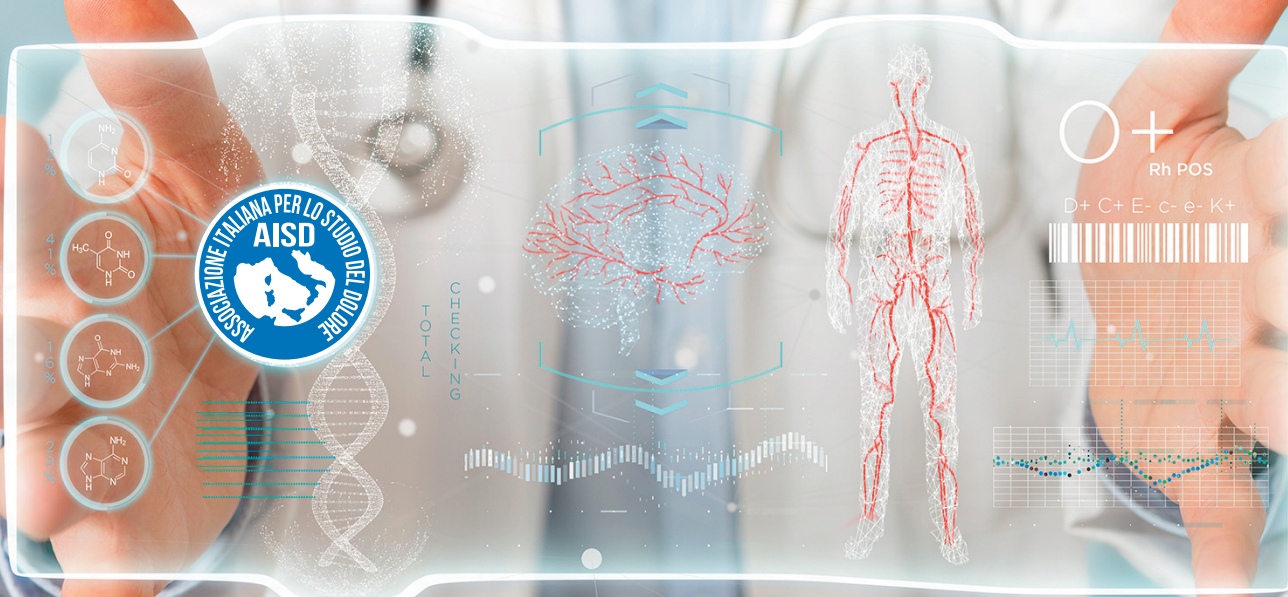


Alcuni buoni motivi per diventare socio AISD

Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

- ✓ Partecipare attivamente alle attività dell'associazione per il progresso della terapia del dolore
- ✓ Un archivio di registrazioni di convegni disponibile nel sito www.aisd.it
- ✓ L'iscrizione al Congresso con quota agevolata
- ✓ Consultare gratuitamente online "l'European Journal of Pain"

Per ulteriori informazioni scrivere a: segreteria@aisd.it





Letteratura scientifica



Machine learning suggests sleep as a core factor in chronic pain

Miettinen T, Mäntyselkä P, Hagelberg N, Mustola S, Kalso E, Lötsch J.

Pain. 2021 Jan;162(1):109-123. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002002.

https://journals.lww.com/pain/Abstract/2021/01000/Machine_learning_suggests_sleep_as_a_core_factor.10.aspx

Abstract

Patients with chronic pain have complex pain profiles and associated problems. Subgroup analysis can help identify key problems. We used a data-based approach to define pain phenotypes and their most relevant associated problems in 320 patients undergoing tertiary pain management. Unsupervised machine learning analysis of parameters “pain intensity,” “number of pain areas,” “pain duration,” “activity pain interference,” and “affective pain interference,” implemented as emergent self-organizing maps, identified 3 patient phenotype clusters. Supervised analyses, implemented as different types of decision rules, identified “affective pain interference” and the “number of pain areas” as most relevant for cluster assignment. These appeared 698 and 637 times, respectively, in 1000 cross-validation runs among the most relevant characteristics in an item categorization approach in a computed ABC analysis. Cluster assignment was achieved with a median balanced accuracy of 79.9%, a sensitivity of 74.1%,

and a specificity of 87.7%. In addition, among 59 demographic, pain etiology, comorbidity, lifestyle, psychological, and treatment-related variables, sleep problems appeared 638 and 439 times among the most important characteristics in 1000 cross-validation runs where patients were assigned to the 2 extreme pain phenotype clusters. Also important were the parameters “fear of pain,” “self-rated poor health,” and “systolic blood pressure.” Decision trees trained with this information assigned patients to the extreme pain phenotype with an accuracy of 67%. Machine learning suggested sleep problems as key factors in the most difficult pain presentations, therefore deserving priority in the treatment of chronic pain. When 59 demographic, pain etiology, comorbidity, lifestyle, psychological, and treatment-related variables were analyzed, sleep problems appeared as a key factor in the most difficult pain.

Real-world effectiveness and tolerability of carbamazepine and oxcarbazepine in 354 patients with trigeminal neuralgia

Di Stefano G, De Stefano G, Leone C, Di Leonardo A, Di Pietro G, Sgro E, Mollica C, Cruccu G, Truini A.

Eur J Pain. 2021 Jan 11. doi: 10.1002/ejp.1727.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ejp.1727>

Abstract

Background

It is widely agreed that carbamazepine and oxcarbazepine are highly effective in the long-term treatment of trigeminal neuralgia. However, the tolerability of these drugs across the different aetiologies of trigeminal neuralgia is still undetermined.

Methods

In this retrospective, real-world study, we assessed the effectiveness and tolerability of carbamazepine and oxcarbazepine in a large cohort of patients with classical (254 patients), secondary (60 patients) and idiopathic (40 patients) trigeminal neuralgia. We analysed data using a propensity score analysis to account for selection bias; frequencies of side effects associated to carbamazepine and oxcarbazepine were calculated by adjusting data with the inverse probability of treatment weighting.

Results

The initial proportion of responders was 88.3% with carbamazepine, and 90.9% with oxcarbazepine. The number of refractory patients was significantly higher in idiopathic (15%) and secondary forms (27%) than in classical trigeminal neuralgia (6%), ($p < 0.05$). In 53 patients treated with carbamazepine (29.6%) and in 22 treated with oxcarbazepine (12.6%), major side effects caused treatment interruption or dosage reduction to an unsatisfactory level. Side effects occurred more frequently in patients treated with carbamazepine (43.6%) than with oxcarbazepine (30.3%, $p < 0.0001$). The frequency of treatment discontinuation was higher in patients with secondary and idiopathic forms than in those with classical trigeminal neuralgia ($p < 0.05$).

Conclusions

Our real-world study show that carbamazepine and oxcarbazepine are effective in most patients with trigeminal neuralgia; nevertheless, side effects are still a major issue, particularly in patients with secondary and idiopathic trigeminal neuralgia.

High Rate of Pain Sensitization in Musculoskeletal Shoulder Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis

Previtali D, Bordoni V, Filardo G, Marchettini P, Guerra E, Candrian C.

Clin J Pain. 2021 Jan 4; Publish Ahead of Print. doi: 10.1097/AJP.0000000000000914.

https://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/9000/High_Rate_of_Pain_Sensitization_in_Musculoskeletal.98641.aspx

Abstract

Background

Pain sensitization, defined as an increased responsiveness of nociceptive neurons to their normal input, is detected in several musculoskeletal diseases, but there are no meta-analyses about pain sensitization in shoulder pain.

Objectives

To document pain sensitization rate and impact in patients with shoulder pain.

Methods: PubMed, Cochrane Library, Web of Science were searched on January 8th, 2020. Level I-IV studies, evaluating pain sensitization in musculoskeletal shoulder disorders through validated methods (questionnaires/algometry) were included. The primary outcome was pain sensitization rate. Secondary outcomes were pain sensitivity level measured as pressure pain threshold, temporal summation, conditioned pain modulation, and suprathreshold heat pain response. Associated demographic and psychosocial factors were evaluated.

Results

The rate of abnormal pressure pain threshold in patients with shoulder pain varies from 29% to 77%. Questionnaires detected pain sensitization in 11-24% of patients. This meta-analysis showed no difference in pressure pain threshold and central pain modulation but documented a

significant difference in terms of suprathreshold heat pain response, indicating a hypersensitivity state in patients with shoulder pain versus healthy controls. The only factor that was constantly found to correlate with a higher sensitivity was a lower post-operative outcome.

Discussion

Pain sensitization has a high rate among patients with musculoskeletal shoulder pain, regardless of the specific aetiology, and this may lead to worse clinical outcome after the treatment of the primary disease. The best way to assess pain sensitization still need to be identified since the assessment methods cause high variability in the documented pain sensitisation rate.

Phytocannabinoids Profile in Medicinal Cannabis Oils: The Impact of Plant Varieties and Preparation Methods

Dei Cas M, Casagni E, Casiraghi A, Minghetti P, Fornasari DMM, Ferri F, Arnoldi S, Gambaro V, Roda G.

Front Pharmacol. 2020 Nov 13;11:570616.

doi: 10.3389/fphar.2020.570616. eCollection 2020.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2020.570616/full>

Abstract

Cannabis (*Cannabis sativa* L.) is a highly promising medicinal plant with well-documented effectiveness and growing use in the treatment of various medical conditions. Cannabis oils are mostly used in galenic preparations, due to their easy adjustment of the administration dose, together with the enhanced bioavailability of its active compounds. As stated by the Italian Law (9/11/2015, 279 Official Gazette), "to ensure the quality of the oil-based cannabis preparation, the titration of the active substance(s) should be carried out." This study aims to represent the Italian panorama of cannabis oils, which were analyzed (8,201) to determine their cannabi-

noids content from 2017 to 2019. After application of the exclusion criteria, 4,774 standardized cannabis oils were included, which belong to different medicinal cannabis varieties and prepared according to different extraction methods. The concentration of the principal cannabinoids was taken into account dividing samples on the basis of the main extraction procedures and cannabis varieties. According to this analysis, the most substantial variations should be attributed to different cannabis varieties rather than to their extraction protocols.

This study may be the starting point of preparatory pharmacists to assess the correct implementation of the preparation procedures and the quality of the extracts.

Biosensors for Detection of Biochemical Markers Relevant to Osteoarthritis

Longo UG, Candela V, Berton A, De Salvatore S, Fioravanti S, Giannone L, Marchetti A, De Marinis MG, Denaro V.

Biosensors. 2021; 11(2):31.

<https://doi.org/10.3390/bios11020031>

<https://www.mdpi.com/2079-6374/11/2/31/html>

Abstract

This systematic review aimed to assess the advantages of biosensors in detecting biomarkers for the early diagnosis of osteoarthritis (OA). OA is the most prevalent musculoskeletal disease and is a leading cause of disability and pain worldwide. The diagnosis of OA could be performed through clinical examinations and imaging only during the late stages of the disease. Biomarkers could be used for the diagnosis of the disease in the very early stages. Biosensors could detect biomarkers with high accuracy and low costs. This paper focuses on the biosensors mainly adopted to detect OA markers (electrochemical, optical, Quartz crystal microbalance, molecular and wearable biosensors). A comprehensive search on PubMed, Cochrane, CINAHL

and Embase databases was conducted from the inception to November 2020. The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines were used to improve the reporting of the review. The Methodological Index for Non-Randomized Studies (MINORS) was used for quality assessment. From a total amount of 1086 studies identified, only 19 articles were eligible for this study. The main advantages of the biosensors reported were accuracy, limited cost and ease of use, compared to traditional methods (ELISA). Otherwise, due to the lack of data and the low level of evidence of the papers included, it was impossible to find significant results. Therefore, further high-quality studies are required.

Basic guide to chronic pain assessment: from neurophysiology to bedside

Finco G, Evangelista M, Sardo S.

Minerva Anesthesiol. 2020 Dec;86(12):1321-1330.

doi: 10.23736/S0375-9393.20.14573-5.

<https://www.minervamedica.it/it/riviste/minerva-anesthesiology/articolo.php?cod=R02Y2020N12A1321>

Abstract

Chronic musculoskeletal pain is a highly prevalent condition that is commonly encountered in both general and specialist practice. Nonetheless, it still represents a significant challenge to the practitioners because of the lack of substantial evidence-based guidance. This review aimed to summarize the main pathophysiological mechanisms of chronic pain offering a mechanism-oriented approach to diagnosis and management. We believe that a basic knowledge of the physical signs and symptoms of these mechanisms could empower the clinician to choose appropriate medication and identify high-risk pain patients. Central sensitization and neuropathic features may arise in previously nociceptive and inflammatory pain syndromes.

Central sensitization is a functional remodeling of the spinal cord, where light touch afferents are recruited by nociceptive second-order neurons. Neuropathic features include both negative signs, such as reduced perception of vibration and touch, and positive symptoms, such as paroxysmal electric shock pain, due to ectopic discharge. These phenomena are the neurobiological basis of the commonly defined refractory chronic pain.

Early detection and specific treatment of these mechanisms are required in order to restrain the reinforcement of pronociceptive remodeling of the nervous system.

Utilization of Intravenous Lidocaine Infusion for the Treatment of Refractory Chronic Pain

Tully J, Jung J W, Patel A, Tukan A, Kandula S, et al.

Anesth Pain Med. 2020 ; 10(6):e112290.

doi: 10.5812/aapm.112290.

<https://sites.kowsarpub.com/aapm/articles/112290.html>

Abstract

Context

Chronic pain accounts for one of the most common reasons patients seek medical care. The financial burden of chronic pain on health care is seen by direct financial cost and resource utilization. Many risk factors may contribute to chronic pain, but there is no definite risk. Managing chronic pain is a balance between maximally alleviating symptoms by utilizing a therapeutic regimen that is safe for long-term use. Currently, non-opioid analgesics, NSAIDs, and opioids are some of the medical treatment options, but these have numerous adverse effects and may not be the best option for long-term use. However, Lidocaine can achieve both central and peripheral analgesic effects with relatively few side effects, which may be an ideal compound for managing chronic pain.

Evidence Acquisition

This is a Narrative Review.

Results

Infusion of lidocaine (2-(diethylamino)-N-(2,6-dimethylphenyl)acetamide), an amino-amide compound, is emerging as a promising option to fill the therapeutic void for treatment of chronic pain. Numerous studies have outlined dosing protocols for lidocaine infusion for the management of perioperative pain, outlined below. While there are slight variations in these different protocols, they all center around a similar dosing regimen to administer a bolus to reach a rapid steady state, followed by infusion for up to 72 hours to maintain the therapeutic analgesic effects.

Conclusions

Lidocaine may be a promising pharmacologic solution with a low side effect profile that provides central and peripheral analgesia. Even though the multifaceted mechanism is not entirely understood yet, lidocaine may be a promising novel remedy in treating chronic pain in various conditions.

Differential involvement of myelinated and unmyelinated nerve fibers in painful diabetic polyneuropathy

Galosi, E, Di Pietro, G, La Cesa, S, et al.

Muscle & Nerve. 2021; 63: 68– 74.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mus.27080>

Abstract**Background**

We aimed at evaluating the differential involvement of large myelinated A β -, small myelinated A δ -, and unmyelinated C-fibers in patients with diabetic polyneuropathy and how they contribute to neuropathic pain.

Methods

We collected clinical and diagnostic test variables in 133 consecutive patients with diabetic polyneuropathy. All patients underwent A β -fiber mediated nerve conduction study, A δ -fiber mediated laser-evoked potentials and skin biopsy mainly assessing unmyelinated C-fibers.

Results

Pure large-fiber and small-fiber polyneuropathy were relatively uncommon; conversely mixed-fiber polyneuropathy was the most common type of diabetic polyneuropathy (74%). The frequency of neuropathic pain was similar in the three different polyneuropathies. Ongoing burning pain and dynamic mechanical allodynia were similarly associated with specific small-fiber related variables.

Conclusions

Diabetic polyneuropathy mainly manifests as a mixed-fiber polyneuropathy, simultaneously involving A β -, A δ -, and C-fibers. In most patients, neuropathic pain is distinctly associated with small-fiber damage. The evidence that the frequency of neuropathic pain does not differ across pure large-, pure small-, and mixed-fiber polyneuropathy, raises the possibility that in patients with pure large-fiber polyneuropathy nociceptive nerve terminal involvement might be undetected by standard diagnostic techniques.

Comment on "The association between pain and impulse control behaviours in Parkinson's disease"

Martini A, Mantovani E, Tamburin S.

Parkinsonism Relat Disord. 2021 Jan 14;S1353-8020(21)00025-0. doi: 10.1016/j.parkreldis.2021.01.009

[https://www.prd-journal.com/article/S1353-8020\(21\)00025-0/fulltext#secsectitle0015](https://www.prd-journal.com/article/S1353-8020(21)00025-0/fulltext#secsectitle0015)

Abstract

The recent paper by Kobylecki et al. explored the association between impulse control behaviours and pain in Parkinson's disease, under the hypothesis of shared mesolimbic dysfunction. We discuss cognitive and motivational disturbances as potential covariates and suggest the dorsolateral prefrontal cortex as a therapeutic target for this "pain-predominant" symptom subtype

Recently available and emerging therapeutic strategies for the acute and prophylactic management of cluster headache: a systematic review and expert opinion.

Argyriou AA, Vikelis M, Mantovani E, Litsardopoulos P, Tamburin S.

Expert Rev Neurother. 2020 Dec 17;1-14. doi: 10.1080/14737175.2021.1857240

Link attivo:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14737175.2021.1857240?journalCode=iern20>

Abstract

Introduction

Although it causes a huge burden to sufferers, cluster headache (CH), remains an undertreated condition, partly due to the absence of esta-

blished acute and prophylactic treatment options. New therapeutic approaches providing fast and safe relief from CH are needed.

Areas covered: A systematic review was conducted, according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) recommendation on recently published (last 5 years) papers on CH treatment. The authors also collected preliminary results from ongoing trials on emerging therapeutic/preventive pharmacological and interventional approaches for CH. Studies and results are reviewed and discussed.

Expert opinion

The complexity of CH pathophysiology prevents the definition of reliable acute and preventive treatments. In the real-world clinical setting, several treatments are combined to provide relief to patients and increase their quality of life. Drugs targeting neuropeptides or their receptors within the trigeminovascular network are of particular interest to prevent CH attacks. Calcitonin gene-related peptide (CGRP) blockade seems attractive and promising, but studies on anti-CGRP monoclonal antibodies indicated rather modest or even absence of a prophylactic effect. A deeper insight into CH pathophysiology, and combined approaches may lead the path to new, more effective, and personalized CH therapies.

Opioids in Post-stroke Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis

Scuteri D, Mantovani E, Tamburin S, Sandrini G, Corasaniti MT, Bagetta G, Tonin P.

Front Pharmacol. 2020 Nov 27;11:587050. doi: 10.3389/fphar.2020.587050. eCollection 2020.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2020.587050/full>

Abstract

Background

Post-stroke pain is one of the most common

sequelae of stroke, which stands among the leading causes of death and adult-acquired disability worldwide. The role and clinical efficacy of opioids in post-stroke pain syndromes is still debated.

Objectives

Due to the important gap in knowledge on the management of post-stroke pain, this systematic review aimed at assessing the efficacy of opioids in post-stroke pain syndromes.

Methods

A literature search was conducted on databases relevant for medical scientific literature, i.e. PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science and Cochrane Library databases from databases inception until August 31st, 2020 for clinical trials assessing the effects of opioids and opioid antagonists on pain reduction and pain related symptoms in patients with post-stroke pain syndromes. Studies assessing the effects of other medications (e.g., tricyclic antidepressant, pregabalin) or non-pharmacological management strategies (e.g., neurostimulation techniques) were excluded. The selected studies have been subjected to examination of the risk of bias.

Results

The literature search retrieved 83,435 results. After duplicates removal, 34,285 articles were title and abstract screened. 25 full texts were assessed and 8 articles were identified to be eligible for inclusion in the qualitative summary and narrative analysis, of which three were placebo-controlled and two were dose-response. Among placebo-controlled studies, two evaluated the analgesic effect of morphine and one assessed the effects of the opioid antagonist naloxone on patients with central post-stroke pain. With regard to dose-response studies, both were on patients with central post-stroke pain, one assessing the efficacy of levorphanol, and the other on naloxone. Seven out of eight included studies showed an overall slight analgesic effect of opioids, with less consistent effects on other pain-related symptoms (e.g.,

mood, quality of life). The randomized controlled trials were subjected to meta-analysis and rating of the quality of evidence for the two outcomes considered according to GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) system. The overall results are inconclusive because of the small number of studies and of patients.

Conclusions

The limited number of the included studies and their heterogeneity in terms of study design do not support the efficacy of opioids in post-stroke pain and in pain-related outcomes. Large double-blind randomized clinical trials with objective assessment of pain and related symptoms are needed to further investigate this topic.

The Protective Effects of Pre- and Post-Administration of Micronized Palmitoylethanolamide Formulation on Postoperative Pain in Rats

Siracusa R, Fusco R, Cordaro M, Peritore AF, D'Amico R, Gugliandolo E, Crupi R, Genovese T, Evangelista M, Di Paola R, Cuzzocrea S, Impellizzeri D.

Int J Mol Sci. 2020 Oct 18;21(20):7700. doi: 10.3390/ijms21207700.

<https://www.mdpi.com/1422-0067/21/20/7700>

Abstract

Background

Postoperative pain (PO) is a common form of acute pain. Inadequate PO treatment is an important health problem, as it leads to worse outcomes, such as chronic post-surgical pain. Therefore, it is necessary to acquire new knowledge on PO mechanisms to develop therapeutic options with greater efficacy than those available today and to lower the risk of adverse effects. For this reason, we evaluated the ability of micronized palmitoylethanolamide (PEA-m) to

resolve the pain and inflammatory processes activated after incision of the hind paw in an animal model of PO.

Methods

The animals were subjected to surgical paw incision and randomized into different groups. PEA-m was administered orally at 10 mg/kg at different time points before or after incision.

Results

Our research demonstrated that the pre- and post-treatment with PEA-m reduced the activation of mast cells at the incision site and the expression of its algogenic mediator nerve growth factor (NGF) in the lumbar spinal cord. Furthermore, again at the spinal level, it was able to decrease the activation of phospho-extracellular signal-regulated kinases (p-ERK), ionized calcium binding adaptor molecule 1 (Iba1), glial fibrillary acidic protein (GFAP), and the expression of brain-derived neurotrophic factor (BDNF). PEA-m also reduced the nuclear factor kappa-light-chain-enhancer of activated B cells (NF- κ B) spinal pathway, showing a protective effect in a rat model of PO.

Conclusion

The results obtained reinforce the idea that PEA-m may be a potential treatment for the control of pain and inflammatory processes associated with PO. In addition, pre- and post-treatment with PEA-m is more effective than treatment alone after the surgery and this limits the time of taking the compound and the abuse of analgesics.

Efficacy and Safety of Low Doses of Trazodone in Patients Affected by Painful Diabetic Neuropathy and Treated with Gabapentin: A Randomized Controlled Pilot Study

Lipone P, Ehler E, Nastaj M, Palka-Kisielowska I, Cruccu G, Truini A, Di Loreto G, Del Vecchio A, Pochiero I, Comandini A, Calisti F, Cattaneo A.

CNS Drugs. 2020 Nov;34(11):1177-1189. doi:

10.1007/s40263-020-00760-2.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40263-020-00760-2>

Abstract

Background

Painful diabetic neuropathy is an important therapeutic challenge as the efficacy of analgesic drugs in this setting is still unsatisfactory. Monotherapy with available treatments is often not sufficient and a combination of drugs is necessary. Trazodone (TRZ) is a compound with a multi-modal mechanism of action, being a serotonin-2 antagonist/reuptake inhibitor developed and approved for the treatment of depression in several countries. Previous clinical trials suggest a possible beneficial effect of low doses of trazodone for the treatment of patients affected by painful diabetic neuropathy.

Objective: This phase II study was designed to collect data on the efficacy and safety of low doses of TRZ combined with gabapentin after 8 weeks of treatment in patients affected by painful diabetic neuropathy.

Methods

This was a randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-center, international, prospective study. Male and female diabetic patients aged 18–75 years and affected by painful diabetic neuropathy were eligible for enrollment. Subjects were randomized (1:1:1 ratio) to TRZ30 (10 mg three times daily for 8 weeks) or TRZ60 (20 mg three times daily for 8 weeks) or placebo.

Gabapentin as background therapy was administered in open-label conditions to all patients. The primary endpoint was the change from baseline of the Brief Pain Inventory Short Form item 5 to week 8. Secondary endpoints included the other Brief Pain Inventory Short Form items, and the assessment of anxiety, sleep, quality of life, patient's improvement, and safety.

Results

One hundred and forty-one patients were included in the intention-to-treat population: 43 allocated to the TRZ30 group, 50 to the TRZ60 group, and 48 to the placebo group. After 8 weeks, the mean changes of Brief Pain Inventory Short Form item 5 from baseline were -3.1 , -2.6 , and -2.5 in the TRZ30, TRZ60, and placebo groups, respectively. No statistically significant differences between groups were seen. Nevertheless, a better trend was observed for TRZ30 vs placebo (95% confidence interval -1.30 , 0.15 ; $p=0.1179$), on top of the background effect of gabapentin administered to all study groups. 62.8% of patients achieved a $\geq 50\%$ reduction in the TRZ30 group, 54% in the TRZ60 group, and 45.8% in the placebo group. At the same time, a statistically significant improvement was observed in Brief Pain Inventory Short Form item 6 for TRZ30 vs placebo (95% confidence interval -1.54 , -0.07 ; $p=0.0314$). No serious adverse event occurred during the trial and the most frequent treatment-emergent adverse events involved nervous system, QT prolongation, and gastrointestinal disorders. Conclusions: All treatment groups showed a clinically meaningful pain improvement; nevertheless, patients in the TRZ30 treatment group reported better efficacy outcomes. This finding suggests that low doses of TRZ could be useful for treating painful diabetic neuropathy, and support further adequately powered confirmatory trials investigating the efficacy of TRZ.

Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic

Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, Urits I, Kaye AD, Viswanath O, Varrassi G.

Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2020 Sep;34(3):553-560.

doi: 10.1016/j.bpa.2020.07.008.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152168962030063X?via%3Dihub>

Abstract

This comprehensive review aims to explain the potential impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on mental wellbeing of healthcare professionals (HCPs). Based on up-to-date research and psychological diagnostic manuals of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition and International Classification of Diseases, 11th revision, we describe associated psychological disorders and experiences that may arise related to COVID-19. Appropriate psychological measures are introduced, along with potential methodological limitations. Lastly, resilience building and preventative measures with interventions that may mitigate the impact on mental health of HCPs are described.

Combination of Rehabilitative Therapy with Ultramicronized Palmitoylethanolamide for Chronic Low Back Pain: An Observational Study

Scaturro D, Asaro C, Lauricella L, Tomasello S, Varrassi G, Letizia Mauro G.

Pain Ther. 2020;9(1):319-326. doi: 10.1007/s40122-019-00140-9.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40122-019-00140-9>

Abstract

Introduction

Chronic low back pain (LBP) caused by intervertebral disc herniation was reported in the 2010 Global Burden of Disease study to be the main reason for years lived with disability. It causes significant personal, social, and economic burdens. Many of those who suffer from LBP find conventional medical treatments to be unsatisfactory for treating their pain, so they are increasingly resorting to complementary and alternative medicine (CAM) therapies. Given that the population is aging, there is an urgent need to characterize the combinations of complementary therapies that yield the best outcomes and treatments, even for prolonged periods. This observational study aimed to evaluate the effect of ultramicronized palmitoylethanolamide (umPEA) + CAM (daily functional rehabilitation + decontracting massage) therapies on chronic pain in patients suffering from multiple herniated discs in the lumbar spine.

Methods

Eligible patients received 600 mg of umPEA twice a day in combination with a daily functional rehabilitation session according to the McKenzie Method of Mechanical Diagnosis and Therapy plus a decontracting massage for 20 consecutive days, followed by 600 mg of umPEA once a day for 40 days in addition to standard therapy.

Results

The results showed that the average pain intensity score, evaluated via the Numeric Rating Scale, progressively decreased during the study period, reaching a value that was not clinically relevant at the end of the observation period. Pain relief was paralleled by improvements in the physical and mental components of quality of life as evaluated with the SF-36 questionnaire as well as in disability for low back pain as evaluated with the Oswestry Disability Questionnaire. Collectively, the results demonstrate that umPEA in combination with CAM therapies could be an important strategy for combating LBP.

Conclusions

The multiple action of PEA in combination with CAM therapies may represent the multitarget approach needed to tackle the as-yet unsolved problem of chronic pain resistant to conventional therapies.

Chronic non-cancer pain in primary care: an Italian cross-sectional study

Camilloni A, Nati G, Maggiolini P, Romanelli A, Carbone G, Giannarelli D, Terrenato I, De Marinis MG, Rossi A, D'Angelo D, Ferrara R, Iacorossi L, Paladini A, Giustino Varrassi G, Tarsitani G, Latina R.

Signa Vitae. 2021. doi:10.22514/sv.2020.16.0111.

<http://www.signavitae.com/articles/10.22514/sv.2020.16.0111>

Abstract

Chronic non-cancer pain is a complex health condition that affects more than a quarter of the Italian population who mainly refers to general practitioners and primary care for their treatment. There are little information on the epidemiological and clinical characteristics and types of treatments for these patients who suffer from chronic pain. The aim of the study was to provide epidemiological and clinical information about patients with chronic non-cancer pain who

refers to GPs for their treatment. An observational, multicentre, cross-sectional study was carried out using retrospectively reviewed clinical records from 29 GPs. Some pharmacoeconomic aspects were also investigated. A total of 1,007 patients who had chronic pain were selected for the study. Chronic pain was more common in women than in men (ratio 2.7 : 1) ($P = 0.002$). With regard to incomes, the women earned less than the men ($P = 0.017$). The chronic pain was musculoskeletal (73.4%), mixed (21.4%), neuropathic (4.9%) and visceral (0.3%). More women than men had pain in two or more sites, and 33.5% of the patients reported more than one diagnosis that related to chronic pain. The general practitioners had prescribed nonsteroidal anti-inflammatory drugs for 71.8% of the cases, opioids for 16.9%, adjuvants for 9.0% and acetaminophen for 2.4%, and about pharmacoeconomic aspects, the total cost for the sample was € 111,331.42. Primary care is the essential frontline for patients who suffer from non-cancer pain. An interdisciplinary assessment and approach should start in primary care delivery to maximize the clinical outcomes.

Altered Interoceptive Perception and the Effects of Interoceptive Analgesia in Musculoskeletal, Primary, and Neuropathic Chronic Pain Conditions

Di Lernia D, Lacerenza M, Ainley V, Riva G.

J Pers Med. 2020 Oct 29;10(4):201. doi:

10.3390/jpm10040201.

<https://www.mdpi.com/2075-4426/10/4/201>

Abstract

Chronic pain (CP) severely disrupts the daily life of millions. Interoception (i.e., sensing the physiological condition of the body) plays a pivotal role in the aetiology and maintenance of CP. As pain is inherently an interoceptive signal, intero-

ceptive frameworks provide important, but underutilized, approaches to this condition. Here we first investigated three facets of interoceptive perception in CP, compared with pain-free controls. We then introduce a novel interoceptive treatment and demonstrate its capacity to reduce pain severity in CP, potentially providing complementary analgesic treatments. Study 1 measured interoceptive accuracy, confidence and sensibility in patients ($N = 60$) with primary, secondary musculoskeletal, and neuropathic CP. Compared with matched controls, CP participants exhibited significantly lower interoceptive accuracy and interoceptive confidence. Pain severity was predicted positively by interoceptive accuracy, anxiety and depression, and negatively by interoceptive confidence. Study 2 tested a promising new interoceptive treatment for CP, in a single-blind between-subjects design ($N = 51$) with primary, secondary musculoskeletal, and neuropathic CP patients. The treatment specifically activates the C-Tactile system, by means of controlled stimulation of interoceptive unmyelinated afferents, at 3 cm/s with a force of 2.5 mN. This treatment led to significant pain reduction (mean 23%) in the CP treatment group after only 11 min, while CP controls who received comparable but non-interoceptive stimulation reported no change in pain intensity. These studies highlight the importance of interoceptive approaches to CP and demonstrate the potential of this novel method of C-Tactile stimulation to provide complementary analgesic treatments.

Endoscopic radiofrequency facet joint treatment in patients with LBP: Technique and long-term results. A prospective cohort study

Meloncelli S, Germani G, Urti I, Divizia M, Rosciano M, Puntillo F, Paladini A and Varrassi G.

Ther Adv Musculoskelet Dis. 2020 Dec 1;12:1759720X20958979.

doi: 10.1177/1759720X20958979

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1759720X20958979>

Abstract

Aims

The aim of the study was to evaluate the efficacy of endoscopic rhizotomy (ER) for denervation of lumbar facet joints in patients with chronic low back pain (LBP) due to facet joint syndrome (FJS).

Methods

A total of 50 consecutive patients suffering from chronic LBP due to facet joints were screened to be treated with ER. The patients participating in the study had a 2-year follow up. Numeric Rating Scale (NRS) and Oswestry Disability Index (ODI) were assessed in the preoperative and postoperative period. To evaluate secondary endpoints, patients were divided into groups. One group included the patients previously treated with percutaneous radiofrequency (RF). The other group comprised patients at their first interventional treatment. We also compared patients dividing them by age and by number of joints treated, trying to elucidate if these parameters could be predictive of effectiveness of the procedure.

Results

All patients had a reduction in NRS and an improvement in ODI. NRS was reduced significantly after 1 month and remained the same until the end of the study. ODI was significantly

improved from T1 (1 month after surgery) up to T7 (end of the study). The improvements did not differ whether already treated with percutaneous rhizotomy or not. Patients less than 60 years or with 1–2 joints treated had better improvement compared with the others.

Conclusion

The results obtained demonstrate that ER for denervation of the facet joint is an effective treatment in patients with chronic LBP, with consistent and stable results at 2-year follow up. The technique has a rapid learning curve and no major complications occurred. Moreover, the previous percutaneous RF treatment had no influence on the results obtained with endoscopic technique. There is evidence that best results are obtained in younger patients and/or in patients with 1–2 joints treated.

Metabolomics and psychological features in fibromyalgia and electromagnetic sensitivity

Piras C, Conte S, Pibiri M, Rao G, Muntoni S, Leoni VP, Finco G, Atzori L.

Sci Rep. 2020 Nov 24;10(1):20418. doi: 10.1038/s41598-020-76876-8

<https://www.nature.com/articles/s41598-020-76876-8>

Abstract

Fibromyalgia (FM) as Fibromyalgia and Electromagnetic Sensitivity (IEI-EMF) are a chronic and systemic syndrome. The main symptom is represented by strong and widespread pain in the musculoskeletal system. The exact causes that lead to the development of FM and IEI-EMF are still unknown. Interestingly, the proximity to electrical and electromagnetic devices seems to trigger and/or amplify the symptoms. We investigated the blood plasma metabolome in IEI-EMF and healthy subjects using 1H NMR spectroscopy coupled with multivariate statistical analysis. All the individuals were subjected to tests for the

evaluation of psychological and physical features. No significant differences between IEI-EMF and controls relative to personality aspects, Locus of Control, and anxiety were found. Multivariate statistical analysis on the metabolites identified by NMR analysis allowed the identification of a distinct metabolic profile between IEI-EMF and healthy subjects. IEI-EMF were characterized by higher levels of glycine and pyroglutamate, and lower levels of 2-hydroxyisocaproate, choline, glutamine, and isoleucine compared to healthy subjects. These metabolites are involved in several metabolic pathways mainly related to oxidative stress defense, pain mechanisms, and muscle metabolism. The results here obtained highlight possible pathophysiological mechanisms in IEI-EMF patients to be better defined.

SAVE THE DATE

4 - 6 novembre 2021

<https://www.europeanpainfederation.eu>

Sufentanil Sublingual Tablet System: from rationale of use to clinical practice.

Vergari A, Cortegiani A, Rispoli M, Coluzzi F, Deni F, Leykin Y, Luca Lorini F, Martorano PP, Paolicchi A, Polati E, Scardino M, Corcione A, Giarratano A, Rossi M.

Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2020 Nov;24(22):11891-11899. doi: 10.26355/eurrev_202011_23847.

<https://www.europeanreview.org/article/23847>

Abstract

The control of post-operative pain in Italy and other western countries is still suboptimal. In recent years, the Sufentanil Sublingual Tablet System (SSTS; Zalviso; AcelRx Pharmaceuticals, Redwood City, CA, USA), which is designed for patient-controlled analgesia (PCA), has entered clinical practice. SSTS enables patients to manage moderate-to-severe acute pain during the first 72 postoperative hours directly in the hospital setting. However, the role of SSTS within the current framework of options for the management of post-operative pain needs to be better established. This paper presents the position on the use of SSTS of a multidisciplinary group of Italian Experts and provides protocols for the use of this device.

VIRTUAL PAIN EDUCATION SUMMIT:

PRESENTED BY
THE EUROPEAN PAIN FEDERATION

4-6 November 2021

www.europeanpainfederation.eu

#eficvirtualpainsummit



Etiopathogenesis of sacroiliitis: implications for assessment and management

Baronio M, Sadia H, Paolacci S, Prestamburgo D, Miotti D, Guardamagna VA, Natalini G, Bertelli M.

Korean J Pain. 2020 Oct 1;33(4):294-304. doi: 10.3344/kjp.2020.33.4.294.

<http://www.epain.org/journal/view.html?doi=10.3344/kjp.2020.33.4.294>

Abstract

The sacroiliac joints connect the base of the sacrum to the ilium. When inflamed, they are suspected to cause low back pain. Inflammation of the sacroiliac joints is called sacroiliitis. The severity of the pain varies and depends on the degree of inflammation. Sacroiliitis is a hallmark of seronegative spondyloarthropathies. The presence or absence of chronic sacroiliitis is an important clue in the diagnosis of low back pain. This article aims to provide a concise overview of the anatomy, physiology, and molecular biology of sacroiliitis to aid clinicians in the assessment and management of sacroiliitis. For this narrative review, we evaluated articles in English published before August 2019 in PubMed. Then, we selected articles related to the painful manifestations of the sacroiliac joint. From the retrieved articles, we found that chronic sacroiliitis may be caused by various forms of spondyloarthritis, such as ankylosing spondyloarthritis. Sacroiliitis can also be associated with inflammatory bowel disease, Crohn's disease, gout, tuberculosis, brucellosis, and osteoarthritis, indicating common underlying etiological factors. The pathophysiology of sacroiliitis is complex and may involve internal, environmental, immunological, and genetic factors. Finally, genetic factors may also play a central role in progression of the disease. Knowing the genetic pre-disposition for sacroiliitis can be useful for diagnosis and for formulating treatment regimens, and may lead to a substantial reduction in disease severity and duration and to improved patient performance.

What is the role of locoregional anesthesia in breast surgery? A systematic literature review focused on pain intensity, opioid consumption, adverse events, and patient satisfaction

Sansone P, Giaccari LG, Faenza M, Di Costanzo P, Izzo S, Aurilio C, Coppolino F, Passavanti MB, Pota V, Pace MC.

BMC Anesthesiol. 2020 Nov 23;20(1):290. doi: 10.1186/s12871-020-01206-4.

<https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-020-01206-4>

Abstract

Background

Breast surgery in the United States is common. Pain affects up to 50% of women undergoing breast surgery and can interfere with postoperative outcomes. General anesthesia is the conventional, most frequently used anaesthetic technique. Various locoregional anesthetic techniques are also used for breast surgeries. A systematic review of the use of locoregional anesthesia for postoperative pain in breast surgery is needed to clarify its role in pain management.

Objectives

To systematically review literature to establish the efficacy and the safety of locoregional anesthesia used in the treatment of pain after breast surgery.

Methods

Embase, MEDLINE, Google Scholar and Cochrane Central Trials Register were systematically searched in Mars 2020 for studies examining locoregional anesthesia for management of pain in adults after breast surgery. The methodological quality of the studies and their results were appraised using the Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN) checklist

and specific measurement properties criteria, respectively.

Results

Nineteen studies evaluating locoregional anesthesia were included: 1058 patients underwent lumpectomy/mastectomy, 142 breast augmentation and 79 breast reduction. Locoregional anesthesia provides effective anesthesia and analgesia in the perioperative setting, however no statistically significant difference emerged if compared to other techniques. For mastectomy only, the use of locoregional techniques reduces pain in the first hour after the end of the surgery if compared to other procedures ($p = 0.02$). Other potentially beneficial effects of locoregional anesthesia include decreased need for opioids, decreased postoperative nausea and vomiting, fewer complications and increased patient satisfaction. All this improves postoperative recovery and shortens hospitalization stay. In none of these cases, locoregional anesthesia was statistically superior to other techniques.

Conclusion

The results of our review showed no differences between locoregional anesthesia and other techniques in the management of breast surgery. Locoregional techniques are superior in reducing pain in the first hour after mastectomy.

Chronic Pain and COVID-19: pathophysiological, clinical and organizational issues

Marinangeli F, Giarratano A, Petrini F.

Minerva Anesthesiol. 2020 Dec 15.

doi: 10.23736/S0375-9393.20.15029-6

<https://www.minervamedica.it/it/riviste/minerva-anesthesiology/articolo.php?cod=R02Y9999N00A20121507>

Abstract

During the lockdown phase of the COVID-19 pandemic, a call not to neglect the continuum of care of patients who present with chronic diseases, including pain, was made. In the field of pain, COVID-19 had an impact both from a clinical (i.e., the influence of SARS-CoV-2 infection on pain) and organizational (i.e., how patients with chronic pain should be managed in the post-COVID-19 era) perspective. Furthermore, patients with chronic pain are also frequently frail subjects, affected from multiple comorbidities and hence are at increased risk of infection. On these bases, how the necessity to continue pain therapy will be pursued in the post-COVID-19 era?

In this paper, we comment on the above-mentioned topics, on the basis of available data and our experience as pain therapists

SAVE THE DATE

27 giugno – 1 luglio 2021

<https://www.iaspworldcongress.org>



IASP 2021 WORLD CONGRESS ON PAIN
Amsterdam • 27 June–1 July 2021

WORLD CONGRESS ON PAIN MOVED TO JUNE 2021
Learn More

How to communicate with families living in complete isolation

Mistraletti G, Gristina G, Mascarin S, Iacobone E, Giubbilo I, Bonfanti S, Fiocca F, Fullin G, Fuselli E, Bocci MG, Mazzon D, Giusti GD, Galazzi A, Negro A, De Iaco F, Gandolfo E, Lamiani G, Del Negro S, Monti L, Salvago F, Di Leo S, Gribaudo MN, Piccinni M, Riccioni L, Giannini A, Livigni S, Maglione C, Vergano M, Marinangeli F, Lovato L, Mezzetti A, Drigo E, Vegni E, Calva S, Aprile A, Losi G, Fontanella L, Calegari G, Ansaloni C, Pugliese FR, Manca S, Orsi L, Moggia F, Scelsi S, Corcione A, Petrini F.

BMJ Support Palliat Care. 2020 Oct 15;bmjcare-2020-002633. doi: 10.1136/bmjcare-2020-002633.

<https://spcare.bmj.com/content/early/2020/10/15/bmjcare-2020-002633>

Abstract **Importance**

During the SARS-CoV-2 pandemic, a complete physical isolation has been worldwide introduced. The impossibility of visiting their loved ones during the hospital stay causes additional distress for families: in addition to the worries about clinical recovery, they may feel exclusion and powerlessness, anxiety, depression, mistrust in the care team and post-traumatic stress disorder. The impossibility of conducting the daily meetings with families poses a challenge for healthcare professionals.

Objective

This paper aims to delineate and share consensus statements in order to enable healthcare team to provide by telephone or video calls an optimal level of communication with patient's relatives under circumstances of complete isolation.

Evidence review

PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts and Reviews of Effectiveness and the AHCPH Clinical

Guidelines and Evidence Reports were explored from 1999 to 2019. Exclusion criteria were: poor or absent relevance regarding the aim of the consensus statements, studies prior to 1999, non-English language. Since the present pandemic context is completely new, unexpected and unexplored, there are not randomised controlled trials regarding clinical communication in a setting of complete isolation. Thus, a multiprofessional taskforce of physicians, nurses, psychologists and legal experts, together with some family members and former intensive care unit patients was established by four Italian national scientific societies. Using an e-Delphi methodology, general and specific questions were posed, relevant topics were argued, until arriving to delineate position statements and practical checklist, which were set and evaluated through an evidence-based consensus procedure.

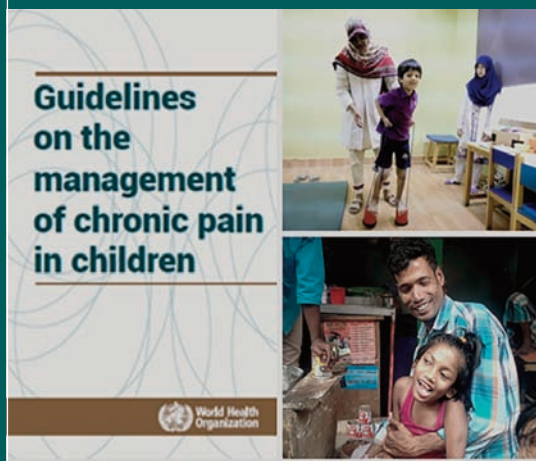
Findings

Ten statements and two practical checklists for phone or video calls were drafted and evaluated; they are related to who, when, why and how family members must be given clinical information under circumstances of complete isolation.

Conclusions and relevance

The statements and the checklists offer a structured methodology in order to ensure a good-quality communication between healthcare team and family members even in isolation, confirming that time dedicated to communication has to be intended as a time of care.

Nuove linee guida dell'OMS sulla gestione del dolore cronico nei bambini



Le nuove linee guida dell'OMS sulla gestione del dolore cronico nei bambini forniscono indicazioni per interventi fisici, psicologici e farmacologici da raccomandare per alleviare il dolore nei bambini e adolescenti di età compresa tra 0 e 19 anni.

Spiega l'OMS nel comunicato che accompagna l'annuncio della pubblicazione: Il dolore cronico o dolore che persiste o si ripresenta per più di tre mesi nei bambini è un problema di salute pubblica significativo e una delle principali cause di morbidità nei bambini a livello globale. Senza accesso alla gestione del dolore, la qualità della vita di bambini e adolescenti con dolore cronico ne risente gravemente. Rispetto ai loro coetanei, i bambini con dolore cronico riferiscono livelli più elevati di disabilità fisica, ansia, depressione, problemi di

sonno e scarso rendimento scolastico.

Poco si sa sul carico globale del dolore cronico nei bambini. Gli studi disponibili suggeriscono che circa un quarto a un terzo dei bambini lo sperimenta; ed è spesso un sintomo che accompagna patologie a lungo termine, come cancro, anemia falciforme, diabete e problematiche di artrosi.

I bambini e gli adolescenti hanno diritto al più alto livello di salute possibile e a trattamenti appropriati e di alta qualità per gestire il loro dolore. L'assistenza ai bambini con dolore cronico deve essere incentrata sul bambino e sulla famiglia e inclusa in tutti i programmi di copertura sanitaria universale.

Sulla base delle prove scientifiche più recenti, le raccomandazioni includono tre aree di intervento: terapia fisica, terapia psicologica e gestione farmacologica, che possono includere l'uso della morfina per le cure di fine vita o quando il dolore cronico è associato a condizioni che limitano la qualità della vita.

Le linee guida sottolineano l'importanza della gestione degli oppioidi per affrontare le preoccupazioni mondiali sui danni derivanti dall'uso improprio di questi farmaci. La gestione degli oppioidi si riferisce a una serie di strategie e interventi che comprendono approvvigionamento, conservazione, prescrizione e uso appropriati degli oppiacei, nonché lo smaltimento degli oppioidi inutilizzati nell'ambito di terapie prescritte per il trattamento e la gestione di condizioni mediche specifiche.

In dieci punti sono indicate le buone pratiche da applicare a tutti gli aspetti dell'assistenza clinica di un bambino con dolore cronico, inclusa la pianificazione, l'implementazione e l'erogazione di interventi fisici, psicologici e farmacologici. Ad esempio, i bambini con dolore cronico e le loro famiglie e gli operatori sanitari devono essere assistiti secondo una prospettiva biopsicosociale, riconoscendo il dolore come un'esperienza multidimensionale complessa derivante da fattori biologici, psicologici e sociali invece di trattare il dolore solo come un semplice problema biomedico.



**Questa nuova edizione delle linee guida
sostituisce quella pubblicata nel 2012**

Il testo è disponibile online

<https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/337999/9789240017870-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Roberta SERI - Arianna IACOVIELLO - Angela PEGHETTI

"Quanto dolore senti oggi?"



Il dolore rappresenta un problema di grande rilevanza che affligge le persone affette da lesioni cutanee influenzandone negativamente la qualità di vita nonostante questo il diritto a non soffrire inutilmente viene ancora troppo spesso disatteso palesando da un lato notevoli disuguaglianze sul territorio nazionale e dall'altro la difficoltà dei pazienti nel trovare risposte adeguate alle loro sofferenze. I documenti di consenso e di best practice di caratura internazionale sul dolore e procedurale legato alla medicazione di lesioni cutanee hanno introdotto con risultati incoraggianti pratiche di contenimento del dolore quale l'applicazione di medicazioni avanzate e anestetici topici come la lidocaina cloridrato in crema al 5% che agisce diminuendo o eliminando temporaneamente la sensibilità e quindi anche la percezione degli stimoli dolorosi al livello della cute con vantaggi in termini di efficacia clinica del trattamento e di compliance del paziente.

Il libro è stato pubblicato da Izeos Editore, Rimini, 2020

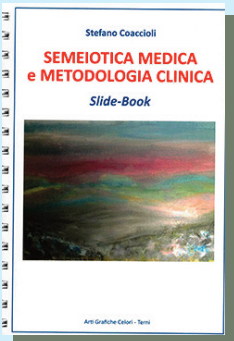
È possibile richiedere una copia tramite questo link

<https://www.nurse24.it/dossier/dolore/libro-quanto-dolore-senti-oggi.html>



Stefano COACCIOLI

Semeiotica medica e metodologia clinica



Un modo non tradizionale di presentare il Corso di Semeiotica Medica, che riassume attraverso un mezzo di consultazione semplice l'attività clinica principale, cioè lo studio semeiologico, che ogni medico esercita ogni volta che si avvicina al paziente. Il libro è strutturato in diapositive chiare e concise, corredate anche da molte immagini, non intende essere un manuale esaustivo e articolato ma si propone di avvicinare in modo agile lo studente di medicina che è al primo approccio con il paziente, di rendere sistematica la metodologia dell'Arte Medica più importante, affascinante e antica, ma sempre attualissima: la Semeiotica.

L'autore non ha bisogno di presentazioni, professore associato di Medicina Interna, Università di Perugia, sede di Terni, reumatologo, algologo, è stato il presidente dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore dal 2018 al 2020.

<https://www.stefanocoaccioli.it>



Renzo DIONIGI - Filippo Maria FERRO

Non è la prima volta Epidemie e pandemie: storie, leggende e immagini



Renzo Dionigi, chirurgo, e Filippo Maria Ferro, psichiatra, ripercorrono la storia di diverse pandemie, dalla peste nera del 1300 alla peste di manzoniana memoria, all'influenza spagnola, al SARS-Cov-2, in un libro, che hanno definito "nugella", scritto durante il lockdown, in 25 giorni. Gli autori, amici da una vita, uniscono alla formazione scientifica e alla pratica medica una altrettanto rigorosa e profonda cultura storica e artistica, propongono una lettura e una visione intelligente del "morbo" nelle sue varie sfaccettature, come compagno di strada tanto terribile quanto "creativo", come condizione ciclica del vivere umano, che da secoli, nello sconvolgerne i ritmi e le abitudini di vita, sfida e mette a contatto singoli individui e intere popolazioni.

Il testo è corredato da un ricchissimo apparato iconografico: la peste, il tifo, la lebbra, la malaria, il vaiolo nell'arco dei secoli vengono raccontati per immagini dai maggiori artefici dell'arte occidentale, da Caracci a Tiepolo, da Tanzio al Crespi.

<https://www.nomosedizioni.it>



www.aisd.it

Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

